



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora na CERCICA - CerMov

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ELABORADO COM VISTA À OBTENÇÃO
DO GRAU DE MESTRE EM REABILITAÇÃO PSICOMOTORA**
Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientador: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Beatriz Guerra Tanora Gonçalves

2017

Agradecimentos

Muito obrigada....

... à CERCICA e a todos os seus colaboradores, que me acolheram com alegria, carinho e simpatia constante, contribuindo para que todos os dias me sentisse parte de uma equipa e de uma instituição que atua de forma contagiante pela capacitação e inclusão na sociedade da pessoa com dificuldades.

... à Orientadora Académica, Professora Doutora Sofia Santos, pela sua força, alegria, persistência e motivação, que sempre me orientou, dando-me tempo e bases seguras para construir, autonomamente, o meu caminho como estagiária e ao mesmo tempo como profissional na área.

... à Orientadora Local, Joana Rodrigues, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação da equipa da CerMov, pela fonte de conhecimento e paixão pelo trabalho, que me cativou a conhecer e a aprender mais e melhor sobre a nossa área. Pelo apoio, incentivo e pela excelente orientação todos os dias, que me fez ser uma melhor profissional. Por cada partilha de experiência, saberes e discussão que me pôs a duvidar, a pensar e a refletir, ajudando, assim, a construir-me e a superar-me enquanto pessoa e psicomotricista.

... à Coordenadora da CerMov, Ana Flores, pelo seu espírito entusiasta com que abraça a “causa”, pela confiança, disponibilidade e responsabilidade em mim confiada.

... à toda a Equipa da CerMov, pelo acolhimento na sua equipa, pela partilha de saberes, histórias e conversas de corredor carregadas de carinho, alegria e disponibilidade. Pela oportunidade dada de aprender com cada um e com uma equipa profissional e competente.

... aos clientes, pela verdade dos seus abraços, sorrisos, da alegria e simpatia que me recebiam todos os dias. Por me terem deixado entrar nas suas rotinas e vidas aprendendo com cada um a ser uma melhor pessoa e psicomotricista.

... à minha mãe, pelo exemplo de mulher, de força, de coragem, de respeito e de valores que me faz, todos os dias, seguir os seus passos, crescer e dar o melhor de mim. Por todo o apoio, paciência e pela palavra de incentivo que nunca me deixou desistir e que faz lutar por aquilo que quero e por aquilo que me faz feliz.

... a toda a minha família e amigos, pela presença incondicional, confiança e apoio.

... ao meu grupo de biblioteca, por todas as palavras de incentivo, força e motivação que me permitiram continuar no caminho e manter o foco. Pela alegria, espontaneidade e brincadeira que me davam vontade de voltar todos os dias e continuar o trabalho. Pela partilha de experiências e pelo exemplo de excelentes profissionais que são.

Resumo

O presente relatório reflete o trabalho desenvolvido ao longo da prática de estágio curricular, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, com pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) em contexto institucional. A intervenção psicomotora teve lugar na CERCICA, nomeadamente no Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora - CerMov, com duração de 9 meses, destinando-se a crianças, jovens e adultos em múltiplos contextos. A intervenção psicomotora, individual e em grupo, através da experiência motora, sensorial, afetiva e social, procurou maximizar o potencial adaptativo dos clientes promovendo a sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. A exposição escrita encontra-se dividida em três partes: numa primeira parte referente ao contexto institucional, caracterização da população-alvo e os fundamentos teóricos da intervenção psicomotora; numa segunda parte relativa à componente prática do estágio, com a explicação de todo o processo de intervenção: contextos, caracterização e análise dos estudos de caso e outras atividades desenvolvidas em paralelo; e a terceira parte referente ao projeto de investigação, desenvolvido e aplicado ao longo do estágio curricular. Por último, é realizada uma reflexão final sobre a experiência de formação.

Palavras-Chave: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais; Perturbação do Espectro do Autismo; Intervenção Psicomotora; CERCICA-CerMov; Prática de Estágio; Intervenção em Meio Aquático; Apoios; Comportamento Adaptativo; Funcionalidade; Autonomia; Qualidade de Vida.

Abstract:

The current report reflects the work developed during the curricular internship of the 2nd year of Psychomotor Therapy Master Degree, focused in the intervention with persons with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD). All internship took place in CERCICA institution, specifically in Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora - CerMov, during 9 months, targeting children, youth and adults in a diversity of settings. Individual and group psychomotor intervention, through motor, sensory, affective and social experience of the person with disabilities, aims to maximize their adaptive behavior, promoting their independent functioning, autonomy and quality of life. This report is divided into three parts: the first one, concerns the institutional description, the characterization of the population supported and the general concepts of the psychomotor intervention; the second one, is related to the practical component of the internship, explaining the whole intervention process, settings, as well the cases-study and other activities developed; and the third one related to the research project, developed and applied throughout the internship. Lastly, there is a final reflection about the all internship experience.

Keywords: Intellectual and Development Disabilities; Autism Spectrum Disorder; Psychomotor Intervention; CERCICA-CerMov; Internship Practice; Aquatic Therapy; Supports; Adaptive Behavior; Independent Functioning; Quality of Life.

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract:.....	ii
Índice Geral	iii
Índice de Abreviaturas	iv
Índice de Figuras	v
Índice de Tabelas.....	v
INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL.....	3
1. Caracterização da Instituição CERCICA	3
1.1. Resumo Histórico.....	3
1.2. Missão, Visão e Valores.....	4
1.3. As Respostas da CERCICA	5
1.4. Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (CerMov)	9
1.5. Espaços Físicos da CERCICA - CerMov.....	11
1.6. População Atendida	12
2. Caracterização da População-Alvo	12
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvidor (DID)	12
2.2. Síndrome de Wagr	18
2.3. Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)	19
2.4. Atraso Global do Desenvolvimento (AGD)	23
3. Intervenção Psicomotora e Contextos.....	25
3.1. A observação e avaliação no processo de intervenção psicomotora.....	26
3.2. Intervenção Psicomotora em crianças e adultos com DID.....	29
4. Âmbitos e contextos da Intervenção Psicomotora na DID	31
4.1. Meio aquático.....	31
4.2. Equitação Terapêutica	33
PRÁTICA DE ESTÁGIO CURRICULAR	35
1. A Intervenção Psicomotora na CERCICA – CerMov	35
1.1. Organização e Duração da Intervenção Psicomotora do Estágio.....	35
1.2. População-Alvo da Intervenção Psicomotora	39
1.3. Planos Individuais dos clientes na Intervenção Psicomotora.....	39

1.4.	Contextos da Intervenção Psicomotora.....	41
1.5.	Organização das Sessões	42
1.6.	Grupos de Intervenção.....	49
2.	Estudos de Caso.....	50
2.1.	Procedimentos	50
2.2.	Instrumentos de Recolha de Dados	51
2.3.	Apresentação dos Estudos de Caso	56
3.	Outras Atividades.....	79
4.	Projeto de Investigação.....	82
	Resumo:.....	82
	Abstract:.....	82
	Introdução.....	83
	Metodologia	91
	Programa de Intervenção	93
	Apresentação de Resultados	97
	Discussão	98
	Conclusão.....	100
	Referências	101
	CONCLUSÃO.....	105
	REFERÊNCIAS	107
	ANEXOS	114
	Anexo A - Declaração de consentimento livre e informado.....	115
	Anexo B - Sessão-Tipo (Estudo de Caso III)	117

Índice de Abreviaturas

DID – Deficiência Intelectual e Desenvolvimento

IDD – Intellectual Development Disability

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

CERCICA – Cooperativa para a Educação Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais

IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social

Qdv – Qualidade de Vida

CMC – Câmara Municipal de Cascais

CRI – Centro Recursos para a Inclusão

NEE – Necessidades Educativas Especiais

CAO – Centro de Atividade Ocupacionais

CerMov – Núcleo Terapêutica e Atividade Motora da CERCICA
TSEER – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
AVD – Atividade de Vida Diária
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PCM – Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora
AGD – Atraso Global do Desenvolvimento
FE – Funções Executivas
ET – Equitação Terapêutica
PI – Plano Individual do Cliente
EF – Educação Física
MS – Membros Superiores
MI – Membros Inferiores
ECAP – Escala do Comportamento Adaptativo versão portuguesa
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
IAFE – Inventário/Escala de Avaliação Funções Executivas (versão pais e professores)
BRIEF – Behavior Rating Inventory of Executive Function
DV – Decúbito Ventral
DD – Decúbito Dorsal
CEI – Currículo Educativo Individual
APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
FPDD – Federação Portuguesa Dança Desportiva
IPC – Comité Paralímpico Internacional
AvB – Avaliação *Baseline*
AvF – Avaliação Final
AvR – Avaliação Retenção

Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da CERCICA 2015 (CERCICA, 2015b)	4
Figura 2 - Horários I e II do estágio curricular	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Intervenção Psicomotora na Prática de Estágio na CerMov (população-alvo e contextos)	42
Tabela 2 - Grupo total de Clientes em Intervenção	50
Tabela 3: Valores obtidos pela LR nas Parte I e II – Adaptação ao Meio Aquático e Perfil Psicomotor.....	57
Tabela 4 - Valores obtidos pela L.R.. no momento avaliação de inicial da ECAP	58
Tabela 5 - Perfil Intraindividual, Estudo de Caso I (Áreas Fortes e Áreas a desenvolver) 60	

Tabela 6 - Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias de Intervenção (Estudo de Caso I)	61
Tabela 7 - Resultados obtidos pelo L.V. nas Parte I e II – Adaptação ao Meio Aquático e Perfil Psicomotor	64
Tabela 8 - Valores obtidos pelo L.V. nos dois momentos de avaliação da ECAP	66
Tabela 9: Perfil Intraindividual, Estudo Caso II (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver)	68
Tabela 10: Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias (Estudo de Caso II)	68
Tabela 11: Caracterização do Estudo Caso III	71
Tabela 12: Resultados obtidos pelo Grupo nos dois momentos de Avaliação Psicomotora	72
Tabela 13: Resultados Obtidos IAFE - Versão Pais	74
Tabela 14: Resultados Obtidos IAFE - Versão Professores	75
Tabela 15: Perfil Psicomotor do Estudo Caso III (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver)	76
Tabela 16: Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias (Estudo de Caso III)	76
Tabela 17: Objetivos Gerais e Específicos (Projeto de Investigação)	94
Tabela 18: Caracterização do Estilo de Dança e Proposta Pedagógica de Progressão (Laird, 1961)	96
Tabela 19: Valores da média e desvio-padrão em cada um dos momentos de avaliação e nos vários domínios obtidos pelos participantes nos três momentos de avaliação	98

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio realiza-se no âmbito da unidade curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), inserido no 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa, para obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora. Esta unidade curricular tem por base a área de intervenção Funcionalidade e Qualidade de Vida.

O RACP apresenta como objetivos promover um conhecimento aprofundado na área de Reabilitação Psicomotora, nomeadamente em termos científicos e metodológicos dirigidos à área de intervenção em questão; Desenvolver, nos diferentes contextos e áreas de intervenção, a capacidade de planeamento e coordenação entre serviços de Reabilitação Psicomotora; Promover o desenvolvimento científico e profissional da área, através da implementação de novas práticas de intervenção e programas, procurando conferir um carácter inovador à sua conceção (Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - RIRACP, 2016). O estágio é um local onde o estudante adquire novas competências nos domínios da intervenção psicomotora através de uma aprendizagem e treino específico da atividade profissional, facilitando a sua inserção no mercado de trabalho (RIRACP, 2016).

O psicomotricista, no seu local de estágio, deve procurar transferir os seus conhecimentos teóricos para a sua prática, ao nível da avaliação, conceção e aplicação de programas de intervenção psicomotora adequados à população no contexto de estágio. Inserindo-se numa equipa multidisciplinar, pretende-se que o estagiário partilhe os seus saberes com a equipa e faça parte na conceção e planeamento de planos e programas de equipa ao mesmo tempo que integra projetos na comunidade, com ênfase na interação entre familiares, indivíduo e técnicos (RIRACP, 2016).

Na área interventiva da Funcionalidade e Qualidade de Vida, pretende-se que sejam desenvolvidas competências específicas (RIRACP, 2016): desenvolver metodologias e instrumentos específicos de Avaliação e Intervenção para as diferentes situações de Dificuldade/Necessidades de Apoio, com implicações no planeamento da intervenção psicomotricidade.

O estágio curricular teve lugar, na Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (CERCICA), uma instituição de referência no âmbito da habilitação e capacitação de pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), na criação de oportunidades inclusivas para o exercício autónomo de uma plena cidadania, promovendo competências adaptativas, funcionais, profissionais e de qualidade de vida. A CerMov, é responsável pelas atividades motoras e terapêuticas e surge como

uma resposta empreendedora dentro da diversidade de respostas que a CERCICA apresenta para a comunidade e pretende desenvolver intervenções terapêuticas, lúdico-recreativas, de promoção da saúde e da condição física a pessoas com DID, bem como ao público em geral. Por ser neste pólo terapêutico que a prática de Estágio foi desenvolvida, será referenciado de forma mais específica no presente relatório.

A presente exposição escrita tem como principal objetivo apresentar todo o trabalho prático e empírico realizado ao longo do estágio, aliando a intervenção psicomotora da instituição aos fundamentos teóricos presentes na literatura no trabalho com a população com DID. Neste sentido, no primeiro capítulo será apresentada a instituição em causa, nomeadamente em termos de história, organização, missão, visão e valores, espaços físicos, os diferentes tipos de respostas e a população-alvo atendida. De seguida, será feita uma revisão de literatura relativa às problemáticas da população mais prevalentes e relevantes na prática de estágio (definição, etiologia classificação e características), focando, sobretudo, a DID e as suas principais comorbilidades. Posteriormente, interessa enquadrar a intervenção psicomotora no local de estágio, sendo apresentada uma breve descrição sobre a importância da intervenção psicomotora, qual o tipo de abordagem metodológica concretizada (da avaliação/observação à intervenção), bem como os contextos que sustentam a aplicabilidade prática com este grupo populacional. No segundo capítulo, será dada importância à componente prática do estágio, propriamente dita, através da apresentação da intervenção psicomotora levada a cabo na CerMov, da população-alvo da intervenção, dos diferentes contextos e fases de intervenção, desde a observação à intervenção autónoma e organização das sessões. Inserido neste capítulo serão, ainda, expostos os Estudos de Caso (avaliação e intervenção), bem como os Protocolos de Avaliação construídos para este fim. Por último será apresentado, o Projeto de Intervenção aplicado em paralelo com a prática e outras atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E INSTITUCIONAL

1. Caracterização da Instituição CERCICA

Toda a atividade do RACP foi realizada na CERCICA, a qual proporcionou momentos de observação direta e participação ativa da intervenção psicomotora, assim como oportunidades para conhecer a dinâmica institucional, revelante para a prática profissional futura. A experiência de estágio teve início a outubro de 2015 e centrou as suas atividades na CerMov, pelo que será realizada uma descrição mais pormenorizada e contextualizada do mesmo.

1.1. Resumo Histórico

A CERCICA é uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS), sediada no concelho de Cascais, Estoril, que surgiu a 11 de março de 1976, por um grupo de pais, técnicos, e outras pessoas interessadas em dar respostas educativas aos jovens e crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID) que, até então, se viam rejeitados no ensino regular (CERCICA, 2010; CERCICA, 2015b).

O crescimento da CERCICA e desenvolvimento dos seus serviços, seguiu, paralelamente, com a evolução das necessidades dos seus clientes, proporcionando um acompanhamento ao longo da sua vida (CERCICA, 2010; CERCICA, 2015b). Desde o início que a CERCICA, procura desenvolver, evoluir e diversificar os seus serviços, vocacionando-os para o atendimento/intervenção da população com DID. Equiparada a uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS), a CERCICA baseia os seus serviços na promoção de **Programas e Respostas Sociais**: Centro Educativo–Terapêutico (1976), Formação Profissional (1990), Centro de Atividades Ocupacionais (1995), Serviço de Apoio Domiciliário (1997), Residências (1998), Intervenção Precoce (2000), Centro de Recursos do Centro de Emprego (2004) e Centro de Recursos para Inclusão (2009) - aliados a uma estratégia de **Empreendedorismo** – com o Projeto ViTal (Voluntários para os tempos Livres – 1999), Cerjardins (2001), Núcleo Terapêutico de Atividade Mototra (CerMov – 2004) e Editora Cercica (2008 - CERCICA, 2010; CERCICA, 2015b).

Para além destas valências, a CERCICA tem ainda outros projetos que visam a autonomia, igualdade de oportunidades e uma cidadania plena dos seus clientes, nomeadamente Terapia Assistida por Animais (2001), Vela Adaptada (2005), Surf (2012), “Oh Gui” (Rugby, 2012), estabelecendo parcerias locais para o efeito (CERCICA, 2010).

No momento, como organização, o modelo de gestão da CERCICA tem como referência um modelo por processos e factos, assente numa estrutura base e hierárquica

que identifica as diversas áreas de intervenção na comunidade. O organograma da instituição está representado na figura 1. São órgãos sociais da Cooperativa a Assembleia Geral, a Direção e o Conselho Fiscal, sendo a Direção o órgão de administração e gestão que representa a cooperativa na comunidade, responsável por todo o planeamento e organização da instituição. Nos diferentes serviços da CERCICA estão nomeados coordenadores técnicos, elos de ligação entre os serviços e a direção e responsáveis por gerir, supervisionar e elaborar planos das diferentes valências (CERCICA, 2013).

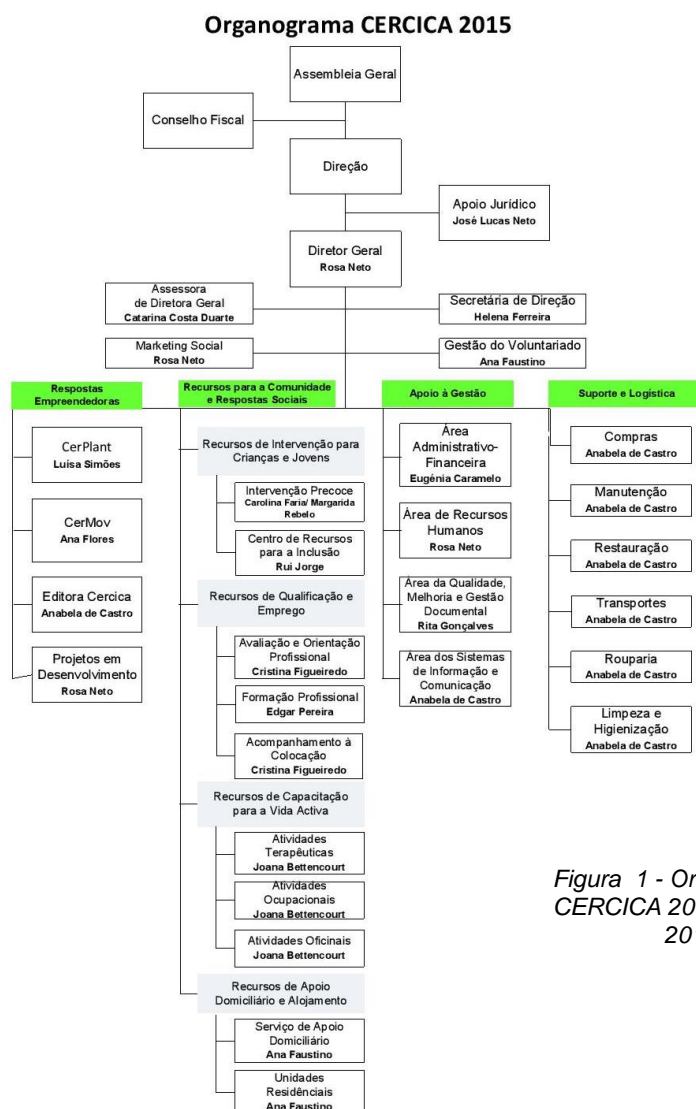


Figura 1 - Organograma da CERCICA 2015 (CERCICA, 2015b)

1.2. Missão, Visão e Valores

A instituição tem como principal **missão** promover a qualidade de vida (QdV) e a inclusão dos indivíduos com DID. Atua de forma sustentada e assente numa equipa de profissionais qualificados, assumindo-se como parceiro estratégico para as famílias, entidades sociais, públicas e empreendedoras. Tem como **visão** ser uma instituição de referência, no que

concerne à habilitação e capacitação para pessoas com DID, a partir da criação de oportunidades inclusivas com vista à prática autónoma de uma plena cidadania (CERCICA, 2013).

A CERCICA, na sua atividade diária e administração, rege-se pelos valores de: **Respeito** procurando valorizar e reconhecer os direitos e deveres dos clientes, das suas famílias e colaboradores, primando pela privacidade e confidencialidade; **Inovação** assente na melhoria contínua, e na criatividade, procura transformar e inovar a realidade para uma resposta mais eficaz, através da partilha e reflexão sobre a sua prática; **Transparência** - as atividades são regidas com rigor e honestidade, de maneira que as práticas, decisões e funcionamento sejam transmitidas de forma clara e precisa; **Responsabilidade** agindo com rigor e em conformidade com a Visão, Missão e Valores da Instituição; o sentido de responsabilidade e legitimidade aplica-se a todos os profissionais, independentemente das funções ou contexto de trabalho no qual estejam inseridos; **Confiança** acreditando e investindo nas potencialidades dos clientes e colaboradores, honrando os compromissos assumidos perante os clientes, colaboradores, comunidade e parceiros; e **Empreendedorismo** através da estimulação e concretização de projetos inovadores que visem a sustentabilidade da organização, em parceria e de acordo com as necessidades da sociedade inclusiva (CERCICA, 2013).

1.3. As Respostas da CERCICA

A CERCICA, na sua prática, procura estabelecer parcerias e apoios com as mais variadas organizações na comunidade de forma a alcançar objetivos comuns, contribuindo para a participação dos diferentes públicos envolvidos, contribuindo para uma cultura de inclusão (CERCICA, 2010). Na área da **Formação em Posto de Trabalho/Atividades socialmente úteis**, a CERCICA estabelece parcerias com o Centro de Congressos do Estoril, Centro Paroquial da Parede, Interjardim-Projecto e Construção de Jardins, Lda, Terrugem, entre outros (CERCICA, 2010). Ao nível, da **Educação e Desenvolvimento** apresenta parcerias com CADIN, Clube Naval de Cascais, Associação Portuguesa de Agricultura Biológica – AGROBIO, Agrupamentos de Escolas da Alapraia, de Cascais, Carcavelos, entre outras (CERCICA, 2010). A CERCICA faz parte, ainda, da Associação Hípica de Cascais, Banco de Voluntariado de Cascais, Plataforma SAD+, CPD – Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais, Conselho Local de Acção Social (CLAS), Fórum Municipal de Violência Doméstica de Cascais, Clube Português de Canicultura Lisboa, FENACERCI, Lisboa, e dos Special Olympics (CERCICA, 2010).

Como entidades financiadoras de estruturas, apresenta a Câmara Municipal de Cascais (CMC), o Instituto Português da Juventude, Segurança Social, Governo da

República Portuguesa, União Europeia – Fundo Social Europeu, Programa Operacional Potencial Humano (POPH) e o Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN). Entre as entidades financiadoras de projetos, destaca-se a Associação Dom Pedro V, Montepio, CMC, Instituto Nacional para a Reabilitação, Lusitania – Grupo Montepio e Fundação Vodafone Portugal (CERCICA, 2010).

A CERCICA rege-se por estratégias e políticas para o pleno funcionamento, potencia a uniformidade dos comportamentos, facilita a tomada de decisão e protege a organização contra as pressões imediatas. Como uma instituição de referência para o concelho de Cascais, tem como **Política de Qualidade** prestar serviços de excelência à comunidade, assegurando a melhoria contínua com vista à sustentabilidade, envolvimento, motivação e qualificação dos colaboradores, cumprindo os requisitos legais e normativos transversais à toda a atividade. Este sistema de qualidade rege-se pelos referenciais nacionais do Instituto da Segurança Social, referencial de certificação da Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) e europeu EQUASS da Plataforma Europeia para a Reabilitação (CERCICA, 2015b).

Aposta numa **Política de Comunicação** nas respostas sociais, empreendedoras e recursos para a comunidade, nos seus serviços base e na comunidade, proporcionando uma partilha de informação alinhada, coordenada, simples e acessível para todos os clientes e cooperantes, voluntários, parceiros e outros (CERCICA, 2013). Consciente que os atos de discriminação, violação, negligência, abuso e maus-tratos a pessoas com deficiência, constituem um atentado aos direitos, a CERCICA com uma **Política de Prevenção e Intervenção em Situações de Violência, Negligência, Abuso e Maus-Tratos**, compromete-se a promover e implementar medidas de prevenção na defesa dos direitos dos clientes, famílias, colaboradores e voluntários. Desta forma, avalia, com critérios técnicos e éticos, todas as ocorrências procurando intervir e assegurar a permanente consciencialização, compreensão e capacidade de intervenção dos profissionais, dos voluntários e das famílias (CERCICA, 2013).

A **Política de Formação e Desenvolvimento de Competências dos Colaboradores** pretende melhorar o desempenho organizacional, contribuir para o desenvolvimento e realização individual dos colaboradores, promovendo a eficiência, eficácia e qualidade dos serviços, visando a satisfação dos clientes, bem como a satisfação/realização profissional dos colaboradores e a sustentabilidade institucional (CERCICA, 2013). A **Política de Recrutamento e Seleção**, baseia-se nos princípios de igualdade de oportunidades, da não discriminação, na promoção e valorização do ajustamento entre o perfil do candidato, da função e da equipa (CERCICA, 2013).

A **Política de Confidencialidade e Segurança da Informação**, da CERCICA, procura preservar, tratar, manter informações, documentos e dados dos seus clientes, famílias, colaboradores e cooperantes. A informação é selecionada e a sua partilha depende do consentimento autorizado informado dos clientes, família, colaboradores. Procura-se, ainda, sensibilizar e consciencializar o respeito pela confidencialidade e privacidade de todos (CERCICA, 2013). Como **Política de Reconhecimento dos Colaboradores**, entende-se todos os meios que têm como fim promover uma cultura e clima organizacional centrados no bem-estar e QdV dos colaboradores, assim como assegurar condições essenciais de trabalho e reconhecer os seus contributos pelo envolvimento na prossecução dos objetivos em prol da sustentabilidade institucional (CERCICA, 2013).

Finalmente, a CERCICA apresenta uma **Política de Voluntariado** que acredita ser uma fonte de solidariedade, de inclusão e de coesão e responsabilidade social. Desta forma, procura proporcionar uma adequada integração e acolhimento, valorizar o trabalho do voluntário, promover a expansão e a qualificação das atividades interventivas do voluntário e promover e divulgar ações de voluntariado existentes (CERCICA, 2013).

Seguindo estas políticas, a CERCICA, atualmente, apresenta *Respostas Sociais e Recursos para a Comunidade* e três *Respostas Empreendedoras* (CERCICA, 2010; CERCICA, 2015b) para a consecução dos seus objetivos:

1. Recursos de Intervenção para Crianças e Jovens (CERCICA, 2015b):

- *Intervenção Precoce (IP)* destinada às crianças dos 0 e os 6 anos e suas famílias, em risco de alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de desenvolvimento, atuando através de medidas preventivas e reabilitativas;
- *Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)*, atua nas escolas com apoios especializados e terapêuticos com vista ao desenvolvimento e melhoria de competências dos alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE), regido pelo Decreto-Lei nº 3/2008. O CRI disponibiliza terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia e fisioterapia, trabalhando em equipa com os agentes educativos.

2. Recursos de Qualificação e Emprego: avaliam, orientam e acompanham a colocação de pessoas com DID, de forma a potenciar o seu acesso, manutenção e progressão no emprego, e engloba a Formação Profissional (FP) responsável por ações de formação e qualificação profissional, procurando a inserção no mercado de trabalho de pessoas com DID (CERCICA, 2015b).

3. Recursos de Capacitação para a Vida Ativa (CERCICA, 2015b):

- *Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)*: destinado a indivíduos com DID, com mais de 16 anos de idade, com o principal objetivo de desenvolver atividades com um caráter criativo e inovador, para estimular capacidades, promover a QdV e bem-estar. O CAO pretende, desde modo, desenvolver a autoestima e a valorização dos seus clientes promovendo tanto a interação com a família, como a integração social pela prática de atividades ocupacionais e socialmente úteis. Este serviço, conta com uma equipa multidisciplinar (psicólogas, terapeutas, educadores, monitores, vigilantes e outros técnicos especializados nas áreas artísticas) responsáveis pelas *Atividades Terapêuticas* (Psicologia, Psicomotricidade, Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Assistida por Cães, Equitação Terapêutica), *Atividades Motoras* (Dança, Expressão, Hidroginástica, Educação Física, Atividade Motora Adaptada, Surf, natação, vela adaptada, rugby), *Atividades Socioculturais* (colónias de férias, visitas, celebrações), *Atividades estritamente Ocupacionais* (bijutaria, encadernação, tapeçaria/costura, pintura sobre tela, entre outros), *Atividades Socialmente Úteis* (limpeza e manutenção, artes decorativas, arte e criatividade) e *Atividades de Desenvolvimento Social e Pessoal* (competências sociais e pessoais, atividades de vida diária [AVD]).

Recursos de Apoio Domiciliário e Alojamento (CERCICA, 2015b):

- *Unidades Residenciais (UR)* para indivíduos com mais de 16 anos, prestam alojamento e cuidados específicos e individualizados ao nível das suas necessidades de acolhimento, cuidados pessoais, instrumentais e de reabilitação; com este apoio procura-se desenvolver a autonomia e QdV dos clientes;
- *Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)* personalizado e individualizado ao domicílio, para pessoas com DID, com vista a satisfazer as necessidades funcionais, instrumentais e de reabilitação, promovendo a autonomia e a sua QdV.

As **Respostas Empreendedoras** direcionam-se para a comunidade e compreendem três serviços (CERCICA, 2015a; CERCICA, 2015b):

- *CerPlant*: Empresa ligada à jardinagem, cujo objetivo é produzir plantas, manter, construir e projetar espaços verdes, com vista à sustentabilidade ambiental e económica e contribuindo para a inserção de indivíduos com DID e/ou em risco; o seu objetivo para 2015 foi criar o CerGarden, uma loja de comércio e divulgação de produtos da CerPlant e outros, com base na agricultura biológica, e insere-se no projeto de investigação PRODER – Cooperação para a Inovação e Desenvolvimento Aroma4safe;

- *Editora CERCICA*: desenvolve projetos de cariz educativo e lúdico, acessíveis a todos públicos, contribuindo para o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva. Atualmente, dá continuidade à Coleção Todos a Ler, iniciada em 2012;
- *Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (CerMov)*: baseia-se numa intervenção terapêutica, lúdico-recreativa, de promoção da saúde e da condição física tanto para pessoas com DID, como para o público em geral, contribuindo para uma plena cidadania e QdV.

É neste serviço que a prática de estágio acontece, e desta forma será realizada uma apresentação mais detalhada do seu funcionamento.

1.4. Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (CerMov)

A CerMov, nas instalações da CERCICA tem um período de funcionamento diário, de 2ª a 6ª das 7h30 às 21h30 e aos sábados das 8h15 às 13h30, de acordo com as informações prestadas pela Coordenadora – a Dra. Ana Flores (Flores, 2015).

A CerMov é constituída por uma equipa especializada e multidisciplinar que trabalha no sentido de promover o bem-estar e QdV dos seus clientes, sendo composta por 1 Coordenadora (TSEER - Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação), 1 Terapeuta da Fala, 1 Professor de Educação Física, 4 Fisioterapeutas, 9 TSEERs, 2 Terapeutas Familiares, 4 Psicólogas, 1 Monitor (Apoio na piscina), 4 Vigilantes de apoio ao balneário e transportes e 2 Administrativas (Flores, 2015).

Como serviço inserido numa resposta empreendedora, a CerMov, não conta com qualquer entidade financiadora, no entanto, e por ser um serviço que disponibiliza à comunidade atividades terapêuticas e motoras, a CMC é a principal entidade de apoio em diversos projetos e parcerias (e.g.: projeto Surf, “Nada lá” e Acordo de Cooperação) (Flores, 2015). Este acordo surgiu em 2008/2009, mas o seu início começou dois anos antes com um apoio de transporte, por parte da CMC, aos alunos de uma sala de multideficiência numa escola do Estoril, que se deslocavam até à CERCICA para um apoio terapêutico, pago pelos Encarregados de Educação. Uma vez que os apoios do Ministério se tornavam cada vez mais baixos e o apoio em Hidroterapia nunca iria ser participado, a CMC teve a iniciativa de dar este apoio a todos os Agrupamentos de Escolas de Cascais disponibilizando uma determinada verba (Flores, 2015).

Este apoio tem em conta o número de outros apoios e deve ser participado de acordo com o escalão da família. Os alunos propostos para Acordo, tendo em conta as suas características cognitivas, motoras, relacionais e comportamentais, podem ter acesso a hidroterapia (psicomotricidade ou fisioterapia em meio aquático) em contexto individual

ou em grupo, independentemente do nível socioeconómico da família (Flores, 2015; CERCICA, 2015d).

O Projeto de “Surf na CERCICA” – Surf Adaptado à Pessoa com DID, é dirigido aos clientes de CAO e teve início no ano de 2012, tendo como parceiro o *Surfing Club Portugal*. Esta iniciativa tem lugar na praia de São Pedro do Estoril e as aulas são dinamizadas por 1 professor de surf e acompanhadas por 1 vigilante e 1 TSEER da CERCICA-CerMov (Rodrigues, 2015).

Como respostas interventivas a CerMov dispõe de: **Terapia da Fala** com atividades de foro preventivo, avaliação e prevenção das perturbações da linguagem (e.g.: compreensão, expressão da linguagem oral e escrita, comunicação não-verbal); **Hidroterapia** que utiliza as propriedades da água com técnicas de fisioterapia e psicomotricidade; **Terapia Psicomotora** numa perspetiva de prevenção, educação ou reeducação, através da consciencialização corporal, incidindo a nível cognitivo, relacional e comportamental para a promoção/manutenção dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e fina); **Terapia Familiar** apoio técnico especializado dirigido às famílias ou indivíduos, para a melhoria e resolução de problemas com dinâmicas relacionais e comunicativas; **Expressão Corporal/Dança** apoio técnico especializado em situações de crise psíquica, emocional e/ou relacionais, visando o fortalecimento dos mecanismos individuais através da aquisição de novas competências; **Fisioterapia** para tratar, habilitar ou reabilitar para a máxima funcionalidade; **Equitação Terapêutica** - método que utiliza o cavalo para promover o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa nos contextos da fisioterapia, desenvolvimento de competências e equitação adaptada; **Correção Postural** em grupo para a aprendizagem/prática de exercícios ao nível da atitude postural (CERCICA 2010).

A CerMov, apresenta, ainda, outros projetos a decorrer como os “Séniore em Movimento”, “Oh Gui”, “Férias na CERCICA” (2008), “Comunidade na CERCICA”, que inclui todos os eventos festivos que organiza, e o ATL “À tarde na CERCICA” (Flores, 2015). Uma vez que, a prática de estágio envolve os projetos “OH Gui” e ATL “À tarde na CERCICA”, será revelante fazer uma breve descrição seguidamente.

O projeto “Oh Gui” – Rugby Adaptado à Pessoa com DID, de outubro de 2012 consiste na realização de treinos semanais destinado aos clientes de CAO e conta como parceiros com o Dramático de Cascais (local onde decorrem os treinos), Junta de Freguesia de Cascais e o Centro de Reabilitação e Integração de Deficientes (CRID). Os treinos são dinamizados por dois treinadores, uma fisioterapeuta da modalidade e acompanhados pela TSEER da CERCICA, que supervisiona os treinos e adapta alguns

exercícios, tendo em conta as dificuldades e capacidades dos clientes (Fenacerci, 2013). Sendo um projeto inovador, apadrinhado pela Federação Portuguesa de Rugby, objetiva o desenvolvimento de uma prática regular de atividade física na comunidade, o conhecimento e a experiência da modalidade de rugby, por parte da população com DID, contribuindo, assim, para a sua inclusão social e desportiva (Fenacerci, 2013).

O projeto ATL “À Tarde na CERCICA”, desde setembro de 2015, constitui-se como uma resposta técnico-terapeuta especializada para crianças e jovens, entre os 6 e os 18 anos, com NEE, durante o período pós-aulas. O seu horário de funcionamento é de 2^a-6^{af}, entre as 15h e as 19h nas instalações da CERCICA (CERCICA, 2015c). Este projeto, não existe apenas para ocupar os tempos livres dos clientes, mas pretende num só espaço contribuir para o seu desenvolvimento integral, criar um projeto pedagógico-terapêutico adequado às necessidades de cada cliente, centralizar num único local todas as terapias e favorecer a inter-relação família, escola e ATL (CERCICA, 2015c).

A CerMov ambiciona criar novos projetos: CerGarden (i.e.: loja para venda de produtos da CerPlant, como plantas ornamentais, plantas aromáticas biológicas em vaso, entre outros); e Sessões de Musicoterapia (CERCICA, 2015a).

A CerMov abrange várias instalações que serão apresentadas com mais detalhe.

1.5. Espaços Físicos da CERCICA - CerMov

Os espaços físicos utilizados pela CerMov variam consoante o projeto e as atividades e centram-se nas instalações da CERCICA, ou noutros espaços no concelho de Cascais (e.g.: campo sintético de rugby do Dramático de Cascais ou as piscinas da Abóbada). Relativamente aos espaços, a equipa da CerMov e os seus clientes podem usufruir de uma Piscina, Ginásio, Sala de Aparelhos Sala da Fisioterapia.

A Piscina situa-se dentro da área da CerMov e por observação, apresenta acesso interior e exterior, direto ao parque de estacionamento. A piscina é utilizada pelos TSEER's e fisioterapeutas em termos de intervenção terapêutica e para atividades aquáticas como Hidroginástica, Hidrosénior, Natação bebés (6 meses e 3 anos), Natação Crianças (3-6 anos e +6 anos), Natação Adultos e Natação Adaptada (individual ou em grupo - CERCICA, 2010). Em termos de materiais, observam-se colchões flutuantes, rolos, brinquedos, bolas, pullbuoy, argolas, etc. Este espaço requer o respeito das normas de segurança regentes, por todos os utilizadores.

O Ginásio, situa-se também na área da CerMov, com as seguintes atividades: Dança, Educação Física, Atividade Motora Adaptada, Localizada, Pilates e Psicomotricidade (CERCICA, 2010). Por observação, é um espaço amplo, bem iluminado e com temperatura amena com diversos materiais como colchões, arcos, bolas, bastões,

pinos, entre outros. Finalmente, a Sala de Aparelhos é utilizado pelas TSEER's para a prática de Educação Física Adaptada, sendo um espaço com dimensões reduzidas, iluminado por luz artificial e dispõe de 1 Elíptica, 1 remo, 2 cicloergómetros, 1 step, 2 passadeiras, 2 bancos suecos, 3 colchões, pesos variados, 1 mesa, 3 cadeiras e 1 rádio.

1.6. População Atendida

A CerMov disponibiliza atividades terapêuticas tanto para a comunidade como para os clientes internos da CERCICA. A CerMov atende 48 clientes externos distribuídos pelas seguintes atividades (Rodrigues, 2015): Fisioterapia (11), Hidroterapia de Grupo (11), Natação terapêutica em Grupo (3), Natação terapêutica individual (2), Hidroterapia Individual (18) e Psicomotricidade (3). Relativamente aos clientes internos, este serviço atende um total de 113 clientes de CAO, sendo 68 do género masculino e 45 do género feminino (Rodrigues, 2015). Em 2015 a CERCICA apresentava 28 clientes incluídos em turmas regulares, dos quais 9 dispõe de apoio (Rodrigues, 2015). Este total engloba clientes de CAO e externos que podem ou não serem atendidos pela CerMov.

A CERCICA atende uma população variada com perturbações distintas e características particulares, pelo que, será apresentada, no capítulo seguinte, a população na qual se baseou a prática de estágio.

2. Caracterização da População-Alvo

2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)

A definição da, então, deficiência mental tem evoluído ao longo dos anos, procurando uma definição rigorosa abrangendo os domínios psicométrico e funcional da pessoa, focando-se numa perspetiva ecológica e adaptativa (Santos e Morato, 2007). Nos últimos anos, tem recebido um maior destaque propondo-se, em Portugal, a nova terminologia de DID (Santos e Morato, 2007a; Santos e Morato, 2012).

A definição de DID registou duas mudanças importantes: a medida da limitação intelectual situa-se a partir de dois ou mais desvios-padrão abaixo da média (<70) e está associado a limitações concomitantes do comportamento adaptativo em duas ou mais áreas, avaliadas por referência à norma (Santos e Morato, 2007; Santos e Morato, 2012b) com valores dois desvio-padrão abaixo da média (Schalock et al., 2010). A DID é caracterizada por limitações significativas, manifestadas antes dos 18 anos, no funcionamento intelectual e adaptativo expressas nos domínios conceptual, social ou prático, e consideradas no contexto onde o indivíduo se insere, tendo em conta a sua cultura e idade cronológica (APA, 2013; Schalock et al., 2010).

Entende-se por habilidades intelectuais, os processos mentais gerais que incluem o raciocínio, planejamento, compreensão de ideias complexas e aprendizagem rápida através da experiência (Schalock e Luckasson, 2013). As habilidades adaptativas práticas referem-se a todas as atividades diárias relacionadas com as rotinas, cuidados pessoais, competências profissionais, cuidados de saúde e segurança, utilização de transportes e meios de comunicação. As habilidades conceptuais são as que se referem à aprendizagem (e.g.: linguagem, leitura, escrita, conceitos numéricos, e temporais). As habilidades sociais correspondem às competências sociais, como responsabilidade, autoestima, culpa, seguimento de regras, leis e resolução de problemas sociais (Schalock et al, 2012). Os autores referem que a sua avaliação é baseada no desempenho típico e não no seu melhor desempenho.

A forma atual de perspetivar a DID insere-se num modelo ecológico do funcionamento humano, enquadrado em políticas e práticas com uma abordagem abrangente e multidimensional para a classificação: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF – OMS, 2004), por necessidade de apoios (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-APA, 2013). A definição constitutiva de DID é baseada no modelo de funcionamento humano, o qual apresenta cinco dimensões principais (habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, saúde, participação e contexto) e a intensidade dos apoios necessários (Luckasson e Schalock, 2012; Schalock, 2009).

Etiologia e Prevalência

A DID é uma perturbação do desenvolvimento heterogénea e multifatorial com uma prevalência global de aproximadamente 1%, variando com a idade (e.g.: a prevalência de DID severa é de 6 por 1000 (APA, 2013).

A etiologia da DID é multifatorial dependendo de fatores (Harris, 2010; Schalock et al., 2010): **biomédicos** (processos biológico-genéticos), **sociais** (representativos da interação com o envolvimento – fraca estimulação, vinculação), **comportamentais** (e.g.: abandono e negligência) e **educativos** (ao nível dos apoios). Os autores reportam que a DID pode apresentar uma etiologia pré-natal genética que incluem síndromes genéticas (e.g.: variações na sequência ou número de cópias variantes que envolvem um ou mais genes, distúrbios cromossômicos), erros inatos do metabolismo, malformações cerebrais, doença materna (incluindo doença placentária), e influências ambientais (e.g.: álcool, outras drogas, toxinas). As causas perinatais podem abranger eventos relacionados com o parto levando a encefalopatia neonatal. Finalmente, as causas pós-natais incluem lesão hipóxico isquémica, lesão cerebral traumática, infeções, doenças desmielinizantes,

distúrbios convulsivos (e.g.: espasmos infantis), privação social grave e crónica, e síndromes metabólicas tóxicas e intoxicações (e.g.: chumbo, mercúrio - APA, 2013). A DID também pode estar associada a outras condições de saúde, sendo as mais comuns perturbações de défice de atenção/hiperatividade, depressão, Perturbação Bipolar, de ansiedade e perturbação do espectro do autismo (PEA - APA, 2013), entre outras.

Classificação

O modelo de conceitualização da DID implica um novo paradigma relativo à relevância dos apoios, definidos como os recursos e estratégias que fomentam o desenvolvimento, a educação, os interesses pessoais e o bem-estar pessoal, no sentido de potencializar a funcionalidade do indivíduo (Thompson et al, 2004; Thompson et al., 2009). As necessidades de apoios referem-se ao padrão e à intensidade dos apoios necessários para a pessoa participar ativamente nas atividades comunitárias de acordo com a sua idade cronológica. Esta classificação pressupõe que os apoios consideram as preferências e necessidades individuais, sendo passíveis de mudar consoante as circunstâncias, espelhando um plano de suporte ótimo. Estes apoios devem ser priorizados, pressupondo-se uma classificação diferente, baseada não nos défices, mas antes na necessidade de apoios (Thompson et al., 2004; Thompson et al, 2009): **intermitentes**: esporádicos/episódicos disponibilizados apenas em momentos necessários; **limitados**: apoios persistentes e consistentes e de natureza contínua), especialmente em períodos críticos; **extensivos**: apoios regulares e periódicos (e.g. diária ou semanalmente), num determinado ambiente (escola, trabalho ou casa), sem temporalidade limitada; e por último, **pervasivos**: apoios constantes e de alta intensidade, de natureza permanente.

Uma classificação baseada nas necessidades de apoios permite fornecer informações revelantes do dia-a-dia da pessoa, contribuindo para um plano centrado na pessoa com vista ao seu potencial máximo e bem-estar (Schalock et al., 2010).

Os critérios no DSM-5(APA, 2013) para o diagnóstico de DID assentam ainda numa classificação categorial baseada em graus de severidade sem considerar os apoios, mas agora ao nível do comportamento adaptativo: **ligeiro**: imaturidade nas interações sociais e a rotina diária pode não estar afetada apesar de algum apoio nos problemas mais complexos (e.g.: criar uma família, decisões legais e saúde); **moderado**: o sujeito é autónomo em algumas AVDs como vestir/despir, higiene, apesar de ser necessário uma aprendizagem para a independência; os cuidadores devem assistir a pessoa nas suas decisões pessoais; **severo**: com necessidade de apoios em todas as AVDs; o vocabulário e gramática são limitados, com frases e palavras simples; e por fim, **o profundo**: o sujeito

apresenta uma comunicação simbólica, muito limitada, sendo dependente dos prestadores de cuidados em todos os aspetos da vida diária;

Caracterização

De uma forma geral, a pessoa com DID apresenta baixa produtividade e sucesso em AVDs, na conversação, na higiene, entre outras (Santos, 2014; Santos, e Morato, 2012b), repercutindo-se a nível de dificuldades académicas, laborais, de vida independente e relações interpessoais (Woolf, Woolf e Oakland, 2010). Os processos de raciocínio, memorização, tomada de decisão, autorregulação comportamental, entre outros, também se encontram afetados (World Health Organisation-WHO, 2007).

Para Fonseca (1995), a pessoa com DID apresenta uma disfunção ao nível dos fatores psicomotores, no processamento, perceção e execução da informação, expressando-se em dismetrias e dispraxias. Ao nível cortical, a DID revela ausência de plasticidade conduzindo a uma inércia psicomotora nas tarefas de planificação e execução da ação e, conseqüentemente, a uma fraca capacidade de resolução de problemas. Assim, ao nível motor existe uma maior lentidão e menor precisão dos movimentos e quanto mais elevado for o grau de dificuldade, maiores serão as dificuldades psicomotoras. A existência de comorbilidades, como obesidade e/ou epilepsia também podem acentuar este facto (Santos e Morato, 2007).

Seguindo o modelo de Luria e a maturação progressiva dos fatores psicomotores, a pessoa com DID com dificuldades ao nível da tonicidade e/ou equilíbrio poderá revelar problemas ao nível da atenção seletiva e controlo inibitório que em termos práticos, resultará em dificuldades de atenção, concentração e memorização, característica comuns à maioria (Fonseca 1995). Assim, todo o desenvolvimento posterior individual estará comprometido com um fraco limiar de resistência à frustração, baixo nível motivacional, limitações no desenvolvimento da linguagem, processo de ensino-aprendizagem, na praxia final e global. Como resultado, a pessoa com DID apresenta dificuldades no campo socioemocional, sociabilização e comunicação (Santos, 2010).

Ao nível cognitivo, a pessoa com DID denota dificuldades conceituais nos processos de planificação e abstração, na resolução de problemas complexos, na compreensão simbólica (com repercussões ao nível da aprendizagem matemática) (Burack, Hodapp e Zigler, 1998; Schalock et al., 2012). Os autores apontam ainda as limitações ao nível da memória e antecipação causa-efeito, compreensão e planeamento de consequências, realçando as limitações na atenção nas tarefas propostas). No entanto, estas características dependem dos contextos em que estão inseridos, tornando-se imperativo

avaliar as habilidades adaptativas, numa perspetiva ecológica e contextual, sendo significativa a heterogeneidade das manifestações (Harris, 2010).

Esta ideia de adaptabilidade e contexto é utilizada pela maioria das instituições que trabalham com esta condição, dando foco que ao mudar o envolvimento, programas de intervenção, equipamentos e/ou materiais é possível alterar o envolvimento psicomotor do indivíduo promovendo a sua máxima funcionalidade. As características comportamentais podem decorrer de dificuldades de autorregulação, controlo da inibição, impulsividade, auto e hetero-agressões, estereotipias, entre outros (Harris, 2010), destacando-se a baixa resistência à frustração, níveis reduzidos de motivação e de perseverança (Burack et al., 1998; Santos e Morato, 2012; Schalock et al., 2012).

Ao nível das AVDs a pessoa com DID apresenta menos comportamentos adaptativos, ou seja, as tarefas básicas de autonomia como utilização da casa de banho, lavar os dentes, vestir/despir, utilização de transportes encontram maiores necessidades de apoio, podendo dever-se a uma menor qualidade de estimulação, superproteção ou a fatores culturais (e.g.: hipervalorização da aprendizagem escolar - Santos, 2014; Santos e Morato, 2012). Neste campo, as aquisições das operações simples matemáticas e os processos de escrita e leitura podem não estar adquiridos em relação aos seus pares. O indivíduo com DID exhibe comportamentos mais passivos nas brincadeiras e jogos coletivos, sem iniciativa social, e tende a apresentar comportamentos estereotipados, de autoestimulação e mutilação (Santos, 2010; Santos, 2014).

Ao nível da coordenação motora Gorla, Rodrigues e Pereira (2001) analisaram o progresso do equilíbrio e das praxias de 9 sujeitos com DID, de ambos os géneros entre os 6 e 11 anos, tendo observado progressos em todos os sujeitos, apesar de um desempenho não-equitativo nas tarefas. Os indivíduos com DID, ao nível do seu esquema corporal, organização espacial, equilíbrio, agilidade e força apresentam características distintas dos seus pares sem DID, bem como um perfil motor e comportamental característicos, devendo ser elaboradas atividades adaptadas a cada caso. A estimulação do desenvolvimento perceptivo-motor e o foco na motivação surge como importante no desenvolvimento da coordenação motora global. A coexistência de DID e uma deficiência motora pressupõe maiores dificuldades psicomotoras (e.g.: coordenação óculo-manual e podal, noção corporal, lateralidade, manipulação de objetos - Santos, 2014; Santos e Morato, 2007). As limitações de integração sensorial (Santos e Morato, 2012) conjugadas com os problemas visuais e auditivos (Harris, 2010), associados às dificuldades em manter a atenção na tarefa e às questões tónicas alteradas conduzem à lentificação das respostas motoras (Santos e Morato, 2012b).

Na socialização, as limitações perceptivas e de memorização irão deter um impacto menos positivo na compreensão, retenção e aquisição das regras sociais (Burack et al., 1998), notando-se a tendência para comportamentos mais passivos e menos responsivos (Santos e Morato, 2012b), vitimização e vulnerabilidade social, respostas sociais menos adequadas, entre outras (Schalock et al., 2012). Derivada das dificuldades na leitura de expressões faciais, a relação interpessoal também não se desenvolve da melhor maneira, afetando os processos de interação com os pares (Burack et al., 1998; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). A instabilidade emocional e os comportamentos desafiantes são também reportados (Burack et al., 1998; Schalock et al., 2012). A área da comunicação-linguagem também denota assincronia, na comparação com os pares do mesmo escalão etário (Harris, 2010), sendo estas dificuldades acrescidas em casos com necessidade de apoios extensivos e permanentes. A comunicação verbal costuma ser inferior à comunicação não-verbal, com um discurso difícil, pouco controlado (e.g.: ecolálias) e pobre (Burack et al., 1998; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007).

Outros temas relevantes e recentes no campo da DID prendem-se com as comorbidades inerentes (e.g.: epilepsia, paralisia cerebral, PEA, problemas de sono e obesidade - Harris, 2010; Jacobson et al., 2007; Matson e Shoemaker, 2009; WHO, 2007), e com o duplo diagnóstico com a co-existência de psicopatologias (e.g.: esquizofrenia, psicoses maniaco-depressivas, alterações de humor).

Percebe-se, assim, que uma intervenção precoce é fulcral no desenvolvimento das pessoas com DID, sendo os pais os primeiros agentes e apoios neste processo. A participação da pessoa com DID também passa pela premissa que são cidadãos e que vivem em comunidade, ou seja a sua aprendizagem também deve passar pela otimização da funcionalidade em contextos comunitários. Na CERCICA, o cliente com DID e a sua família participam ativamente nas decisões da sua vida, e tendo em conta o aconselhamento dos técnicos, escolhem as atividades motoras, recreativas e terapêuticas que melhor se adequam às suas características e gostos pessoais. Através do acordo de cooperação, é possível à equipa da CerMov intervir precocemente e contribuir para um desenvolvimento global de sucesso com vista à prevenção.

Em relação ao grupo de clientes no grupo de intervenção de estágio foi possível o contacto com indivíduos de diferentes faixas etárias e com diferentes características, pelo que foi possível realizar um paralelismo entre a literatura e o seu perfil comportamental motor, adaptativo e funcional.

De uma forma geral, observou-se uma heterogeneidade de características, assim como de necessidades de apoio nos diferentes contextos de intervenção durante o estágio,

tendo sido possível perceber as comorbilidades com PEA, revelando interesses específicos e rotinas fixas. Apesar da diversidade, o grupo de clientes apresentou dificuldades nas questões abordadas anteriormente, destacando-se: ao nível da resolução de problemas (fraco planeamento e execução), socialização (comportamentos disruptivos, desadequados, estereotipados), comunicação (número de palavras reduzido, frases com vocabulário simples e sem lógica), desenvolvimento motor (dispraxias, fraco planeamento motor, agilidade e força) e psicomotor (noção corporal, equilíbrio, coordenação óculo-manual e podal, lateralidade). O domínio motor era uma área forte em alguns clientes, nas competências natatórias e em atividades físicas coletivas que promoviam o seu desenvolvimento psicomotor. Outro ponto comum ao grupo foi a importância dada às AVDs, na promoção da autonomia e da participação individual e social (e.g.: entradas e saídas da piscina, tempo de balneário nas atividades coletivas).

Tal como referido, uma das etiologias da DID pode ser pré-genética através de mutação nos genes, nomeadamente em cromossomas específicos. Visto que o estudo de caso apresenta uma DID desta natureza, surge a importância de aprofundar a síndrome.

2.2. Síndrome de Wagr

Segundo o National Human Genome Research Institute (NHGRI, 2014), a perturbação de Wagr é uma condição genética rara que afeta os dois géneros, com origem na deleção de um grupo de genes no cromossoma 11 (posição 13) com mutações nos genes WT1 e An2. O termo “Wagr” advém das condições físicas e psicológicas (NHGRI, 2014).

- **(W): Tumor de Wilms:** apenas metade dos indivíduos com a síndrome desenvolvem o tumor renal maligno de wilms frequente em crianças antes dos 8 anos;
- **(A): Aniridia,** perda parcial ou ausência da íris do olho, que pode levar a outros problemas de visão como a opacificação do cristalino do olho (cataratas), rápidos movimentos involuntários dos olhos e perda parcial/total da visão devido à existência de glaucoma;
- **(G): Genital** - Problemas genitais e urinários; e
- **(R): Retardation** - défice cognitivo com dificuldades de processamento, aprendizagem e resposta; a sua severidade varia de pessoa para pessoa e pode estar associado a outras patologias como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), PEA, depressão ou perturbação obsessiva-compulsiva.

Estima-se que a prevalência seja de 1 em 500,000 casos, e um terço dos casos apresentam aniridia e 7 em 1,000 apresentam síndrome de Wilms (Kornusky, 2015; Tezcan, Rich e Bhide, 2015). A maioria dos casos é identificada na infância e podem estar associados a outras condições como anorexia ou obesidade, asma, apneia do sono,

perturbações convulsivas, distonias e dispraxias, perturbação da ansiedade, depressão e infeções nos ouvidos, boca ou nariz. Há casos que ainda registam dificuldades de aprendizagem e estereotípias (Kornusky, 2015; Tezcan, et al, 2015).

O tratamento é individualizado e consoante as características da síndrome: a nível médico, pode passar por cirurgias ao nível da visão ou do órgão urológico, radioterapia e medicação, e na área da terapia/reabilitação os apoios podem ser na educação especial, terapia da fala, reabilitação motora e terapia ocupacional. É fundamental a deteção e tratamento/reabilitação precoce, assim como informar de forma mais correta e global, os pais e outros cuidadores, sobre tudo o que a doença envolve (Kornusky, 2015). As características funcionais dependem dos genes afetados e os indivíduos podem apresentar um ou duas das condições da síndrome. A aniridia, e outras limitações permanentes (e.g.: perda de visão, défice cognitivo e insuficiência renal estão presentes na maioria dos casos de crianças diagnosticadas com WARG (Kornusky, 2015).

Relativamente ao estudo de caso em intervenção foi possível observar a maioria das características referidas pela literatura: perda de visão, ligeiro défice cognitivo, insuficiência renal, problemas ao nível do aparelho auditivo e estereotípias. Para além destas características, pode-se constatar por observação direta a fraca musculatura corporal, postura curva e dificuldades ao nível do equilíbrio e coordenação motora.

Tal como referido, a literatura aponta para a elevada prevalência de comorbididades com a PEA (Ellison, Rosenfeld e Shaffer, 2013), pelo que será, em seguida, igualmente caracterizada, para uma melhor contextualização com os casos com os quais se contactou ao longo da atividade de estágio.

2.3. Perturbação do Espetro do Autismo (PEA)

O “autismo” tem sido alvo de estudos que envolvem a descrição dos sintomas e do seu impacto na vida diária. Kanner foi o primeiro autor a definir a condição pela observação de 11 crianças (8 rapazes e 3 raparigas), ao longo do seu crescimento (Kanner, 1943). As crianças observadas apresentavam diferenças individuais e características únicas (e.g.: isolamento social, comportamentos obsessivos, estereotípias, interesses e atividades rígidas, dificuldades no contacto ocular, e baixa tolerância à alteração de rotinas) (Kanner, 1943). Dadas as especificidades da perturbação, os diferentes tipos de teorias (e.g.: cognitivas, sociais, comportamentais, afetivas e neurobiológicas) têm vindo a ser aplicadas no sentido da sua melhor compreensão, tornando-se um foco ao nível terapêutico e educacional (Volkmar, Paul, Klin e Cohen, 2005).

Definição e Etiologia

A PEA é uma perturbação do foro neurodesenvolvimental caracterizada por sintomas específicos que começam a evidenciar-se na infância, antes do 1º ano de vida, prolongando-se durante o desenvolvimento do indivíduo e variando consoante a idade cronológica (Frith, 1989; Volkmar, Chawarska e Klin, 2005). As suas manifestações têm início na infância e resultam em défices ao nível da cognição, comunicação e linguagem, comportamento adaptativo e social, relação com o outro, regulação de emoções e jogo simbólico (Volkmar et al., 2005).

É aceite a base genética composta por um conjunto de genes, responsáveis pela suscetibilidade para a PEA, apesar de não se conhecerem os, eventuais 10 a 20, genes responsáveis dado variarem de caso para caso (Minshew, Sweeney, Bauman e Webb, 2005). Os autores acrescentam que estudos de neuroimagem sugerem que as alterações genéticas afetam a transcrição do DNA no desenvolvimento cerebral com alterações nas estruturas neurocorticais da comunicação, competências sociais e raciocínio.

A PEA é um leque complexo de perturbações que causam problemas ao nível do pensamento, linguagem e da habilidade do indivíduo em relacionar-se com os outros. A sua severidade diferencia-se de indivíduo para indivíduo, assim como a expressão dos seus sintomas (APA, 2013). É importante referir que as principais características da PEA não constituem, por si só o diagnóstico correto da mesma.

Classificação

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), a PEA reflete um consenso científico de que as quatro doenças previamente separadas e inseridas no espectro do autismo (Perturbação de Asperger, Perturbação Invasiva do Desenvolvimento sem outra especificação e a Perturbação Desintegrativa da Infância e Síndrome de Rett) constituem uma única condição com diferentes níveis de Severidade dos sintomas em dois domínios fundamentais, as dificuldades na interação e comunicação social, e os comportamentos e interesses repetitivos (nota: a Síndrome de Rett passou a ser uma identidade própria).

Os indivíduos com PEA devem apresentar sintomas desde a infância, mesmo que não sejam reconhecidos mais tarde, incentivando, deste modo, o diagnóstico precoce das PEA (APA, 2013), com base nos critérios definidos para o diagnóstico:

- **Critério A** – Dificuldades persistentes na comunicação e interação social nos diversos contextos manifestados por todos os itens seguintes:
 1. Dificuldades na reciprocidade socio-emocional (e.g.: reduzida troca de interesses e emoções; ou na resposta às interações sociais);

2. Dificuldade nos comportamentos utilizados na comunicação não-verbal e verbal, necessários na integração social (e.g.: reduzido contacto visual e linguagem corporal, défices na compreensão e utilização de gestos, falta de expressões faciais e comunicação não-verbal);
 3. Dificuldades em desenvolver, manter e perceber as relações (e.g.: comportamentos desajustados nos vários contextos sociais, dificuldades na partilha, no jogo simbólico ou criar amigos, e a ausência de interesse em pares);
- **Critério B** – Dificuldades nos padrões restritivos e repetitivos comportamentos, interesses e atividades, manifestadas por pelo menos, dois dos seguintes itens:
 1. Movimentos estereotipados ou repetitivos através da utilização de objetos ou linguagem verbal (e.g.: estereotipias motoras simples, como alinhar brinquedos, lançar objetos, ecolália e frases idiossincráticas);
 2. Excessiva adesão a rotinas e padrões de comportamento ritualizados ou inflexíveis (e.g.: stress extremo a ligeiras mudanças/transições, padrões de pensamento rígidos, necessidade de rotinas diárias);
 3. Interesses fixos e altamente restritivos e intensos (e.g.: existência de uma ligação forte ou preocupação excessiva com objetos incomuns e interesses excessivamente circunscritos ou persistentes); e
 4. Reações ou interesses extremos e incomuns a estímulos sensoriais (e.g.: aparente indiferença à dor/temperatura, respostas adversas a sons/texturas específicas, sorrir ou tocar em objetos de forma excessiva e ficar fascinado por luzes ou movimento).
 - **Critério C** - Os sintomas devem estar presentes no período inicial de desenvolvimento, mesmo que essas características não se manifestem mais tarde;
 - **Critério D** - Os sintomas originam um comprometimento clinicamente significativo na área social, ocupacional ou noutra área de funcionamento corrente;
 - **Critério E** - Aos indivíduos com um diagnóstico bem estabelecido de PEA, Perturbação de Asperger ou Perturbação Invasiva do Desenvolvimento sem outra especificação deve ser dado o diagnóstico de PEA. E indivíduos que manifestem dificuldades na comunicação social, mas cujos sintomas de outra forma não satisfazem os critérios para PEA, devem ser avaliados para a Perturbação de Comunicação Social.

Quanto à prevalência a PEA aproxima-se de 1% da população com estimativas semelhantes em amostras de crianças e adultos, sendo o seu diagnóstico quatro vezes mais frequente no género masculino (Lima, 2012).

Caracterização

Os sintomas são frequentemente reconhecidos durante o segundo ano de vida, podendo aparecer mais cedo (antes de 1 ano), se existir um grau de severidade elevado, ou reconhecidos mais tarde, se o grau for baixo (APA, 2013). É importante distinguir dos casos raros de regressão do desenvolvimento que ocorrem depois de pelo menos dois anos de desenvolvimento típico (ex-Perturbação Desintegrativa da Infância). A descrição inicial dos sintomas pode incluir atrasos no desenvolvimento inicial ou perda de aquisições sociais ou linguísticas. Nestes casos, os cuidadores devem estabelecer o percurso sobre a perda gradual ou rápida destas competências (APA, 2013).

Os primeiros sintomas envolvem, frequentemente, atraso no desenvolvimento da linguagem, acompanhado pela falta de interesse social ou interações sociais incomuns, padrões de brincar bizarros (e.g.: transportar brinquedos, mas nunca brincar com eles), ou de comunicação atípicos (e.g.: saber o alfabeto, mas não conseguir responder quando chamado pelo seu nome). Os comportamentos repetitivos e a ausência do jogo simbólico acentuam-se durante o segundo ano de vida (APA, 2013). Corroborando esta informação, é durante os 3 e 6 anos de idade que as manifestações da PEA são mais salientes, pois é uma fase caracterizada pela presença de marcos no desenvolvimento. Desta forma, o desenvolvimento desadequado destes marcos resulta em **défices sociais** (dificuldades e desinteresse em estabelecer relações sociais, dificuldades na empatia e comunicação não-verbal), **comunicativos** (linguagem repetitiva, indiossincrática, ecolálias, dificuldades em manter diálogos ou mesmo ausência total de linguagem) e **comportamentais** (inflexibilidade cognitiva e comportamental, rotinas específicas, resistência à mudança e interesses próprios criando os seus rituais específicos) (Halliwell, 2003, Vital, 2013). Na entrada na adolescência surgem comportamentos de autoestimulação, associados a períodos de transição (Vital, 2013).

Os indivíduos com PEA apresentam dificuldades na área da imaginação, atenção conjunta, com contacto ocular pobre, dificuldade na expressão motora, com padrões motores estereotipados e maneirismos motores, explorando o mundo, não através do jogo, mas sim através de brinquedos que dispõem em ordem e com determinada estrutura (CADIn, 2005; Halliwell, 2003,). Desenvolvem comportamentos obsessivos em manter tudo igual e qualquer mudança no ambiente ou rotina pode originar, como resposta, situações de extremo stress. As crianças também podem apresentar uma hipersensibilidade nas áreas sensitivas (e.g.: audição, toque, visão, cheiro e mesmo o paladar) ficando sensíveis a determinado som/cor/sabor/toque (CADIn, 2005, Halliwell, 2003).

A PEA associa-se frequentemente à DID e à Perturbação estrutural da Linguagem (dificuldades em compreender e construir frases com uma gramática adequada) (APA, 2013), podendo também associar-se a sintomas psiquiátricos: estima-se que cerca de 70% dos indivíduos com PEA manifestam comorbilidade com uma perturbação mental, e perto de 40% com duas ou mais comorbilidades do foro de saúde mental (APA, 2013). As PEA podem estar relacionadas com outras patologias como PHDA, Perturbação da Coordenação Motora (PCM), Perturbações da Ansiedade e Depressão. Alguns indivíduos podem também apresentar dificuldades em dormir ou mudanças na alimentação, dificuldades específicas na aprendizagem, estas associadas à PCM (APA, 2013).

No presente estágio, foi possível a intervenção desde a área da infância até à idade adulta. Apesar de ser um grupo de idades heterogéneas e díspares verificaram-se características comuns entre os clientes com PEA e que vão ao encontro da literatura como: comportamentos estereotipados, ausência de comunicação verbal ou linguagem repetitiva e dificuldades no diálogo, défices nas interações, interesses próprios e presença de rotinas fixas, maneirismos motores (e.g. ao nível das mãos), vocalizações constantes e hipersensibilidade tátil e sonora. Os comportamentos de oposição, as dificuldades em manter a atenção na tarefa e em cumprir instruções verbais foram outros dos comportamentos observados com os clientes. Na sua maioria, apresentavam dificuldades ao nível motor, principalmente na coordenação motora e marcha, condições desenvolvidas na intervenção em piscina e equitação que serão abordados no Capítulo 4.

Para terminar esta parte, será referenciado o Atraso Global de Desenvolvimento.

2.4. Atraso Global do Desenvolvimento (AGD)

O termo AGD carece de pouca delimitação teórica, com autores a advogar que é um conjunto de características com manifestações clínicas heterógenas (Petersen, Kube e Palmer, 1998). Por ter sido tão usado na prática profissional inerente ao estágio considera-se relevante conhecer as conceções existentes na literatura sobre o mesmo.

Definição e Etiologia

O AGD é definido como atraso significativo, dois desvio-padrão abaixo da média (McDonald e Rennie, 2011; Shevell et al. 2003; Tarini, Zikmund-Fisher, Saal, Edmondson e Uhlmann, 2015), em vários domínios do desenvolvimento seja a linguagem, cognição, competências sociais e pessoais, motricidade fina e/ou grossa e AVDs. Apresenta uma etiologia e fenótipo heterogéneo e variável, pois estes domínios podem ou não estar todos comprometidos (Ferreira, 2004). O termo é usado para crianças com idade inferior a 5 anos, quando um diagnóstico preciso não é possível determinar. A prevalência é desconhecida, dada a não padronização dos critérios de identificação, mas estimada em 1

em 3% em crianças com idade inferior a cinco anos (Barca et al, 2014), com maior prevalência no género masculino (Srouf, Mazer e Shevell, 2006).

Para crianças com mais de 5 anos pode-se utilizar o termo de DID, dada a persistência do AGD ao longo do tempo ser preditiva da mesma (Oliveira, Roddrigues, Venâncio, Saraiva e Fernandes, 2012, Barca et al, 2014). No entanto, nem todas as crianças sinalizadas com ADG são diagnosticadas com DID (Shevell et al., 2003).

Atualmente não existe uma etiologia conhecida e têm surgido diferentes estudos que procuram perceber a sua base. A maioria dos estudos apontam para uma etiologia genética, que podem acontecer no período pré-natal (disfunções genéticas e/ou metabólicas, malformações no sistema nervoso central, infeções ou toxinas), perinatal (prematuridade, asfixia ou complicações no parto) e pós-natal (infeções e causas psicossociais) (Barca et al., 2014). Thomaidis et al. (2014) analisaram o efeito dos fatores pré e perinatais, concluindo que disfunções cerebrais (e.g.: prematuridade) podem ser preditores da severidade da AGD e que se prevenidos ou modificáveis, ou seja, se existir uma rápida identificação alinhada a uma estratégia de intervenção precoce, poderá haver implicações significativas na evolução a longo prazo do AGD (Thomaidis et al., 2014).

Classificação e Caracterização

O termo AGD não tem uma classificação específica e comum não pertencendo a nenhuma categoria diagnóstica no DSM-5 (APA, 2013). Pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, o AGD é um dos critérios para a elegibilidade da criança no domínio da intervenção precoce, pelo que o termo é usado por equipas técnicas e educadores de infância para a sinalização de crianças que necessitam de apoios de serviços especiais (Silva e Albuquerque, 2011). Apesar da literatura (Barca et al., 2014; Ferreira, 2004; Oliveira et al, 2012; Thomaidis et al, 2014), indicar a idade inferior a cinco anos, em Portugal, o uso do termo é generalizado a crianças e jovens em idade escolar (Silva e Albuquerque, 2011).

Para avaliar e sinalizar a gravidade do AGD, há que considerar a história familiar e clínica da criança, procurando informações que possam explicar o seu aparecimento (Barca et al., 2014). Uma vez que a sua etiologia advém, fundamentalmente, de um espectro alargado de causas genéticas, testes genéticos devem ser pedidos. Também são aplicadas escalas de desenvolvimento ou testes psicométricos (e.g.: *Schedule of Growing Skills II*, Escala de *Griffiths* ou *Escalas de Inteligência de Wechsler*) (Oliveira et al., 2012).

Silva e Albuquerque (2011) inquiriram 114 profissionais portugueses (professores de apoio, psicólogos, assistentes sociais e pediatras) para conhecer as conceções sobre o AGD e os principais critérios apontados foram: uma ou mais áreas desenvolvimentais afetadas, dificuldades cognitivas, discrepância em relação à faixa etária, alterações

neurológicas, critérios associados a outras problemáticas como DID ou dificuldades de aprendizagem, entre outros. Estes critérios vagos e generalizados não ajudam a uma resposta clara e precisa sobre a sinalização do AGD. A principal característica é a lentidão no desenvolvimento em mais de uma área comparando com os pares.

De forma resumida, os desvios e as alterações tónicas (Petersen et al., 1998) são visíveis desde cedo, com repercussões ao nível da força e controlo motor, podendo observar-se alterações na organização das sensações corporais (Rosario-Montejo, Molina-Rueda, Munoz-Lasa e Alguacil-Diego, 2015), dispraxias, dificuldades na manutenção da atenção e perturbações ao nível da coordenação motora (Petersen et al., 1998). Na comunicação e linguagem são visíveis as alterações fonológicas, lexicais, semânticas, sintáticas com consequências ao nível do insucesso académico e dificuldades sociais (Wong e Chung, 2011). As crianças com AGD denotam maior risco de alterações sensoriais (McDonald e Rennie, 2011), problemas de comportamento entre outros (Berkovits e Baker, 2013) com impacto negativo na funcionalidade diária e na participação social (Dornelas e Magalhães, 2015).

Concluída a apresentação e caracterização da população alvo, no tópico seguinte será abordada a intervenção psicomotora enquanto apoio à população atendida, tendo como base uma dinâmica de fundamentação teórica.

3. Intervenção Psicomotora e Contextos

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP, 2012) a Psicomotricidade é uma área de estudo das relações entre o psiquismo e a motricidade e o seu campo de intervenção desenvolve-se através de mediação corporal para superar problemas de maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento. Como ciência, a psicomotricidade é um campo transdisciplinar, que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas entre a mente e o corpo, assente numa visão holística humana que em diferentes meios interventivos (Fonseca, 2010). A CERCICA- CerMov é um exemplo prático onde a psicomotricidade engloba os seus diferentes meios de atuação, intervindo desde as idades tenras até aos adultos, tanto ao nível terapêutico e preventivo, como educacional e de bem-estar.

O indivíduo é o foco central da intervenção psicomotora, evidenciando os aspetos motores, cognitivos, relacionais e afetivos, e a partir do movimento e pela vivência corporal no concreto, a intervenção psicomotora contribui para organizar e comunicar o pensamento evoluindo a sua unidade psicossomática (Fonseca 1985). Só através da experiência corporal vivida é que é possível a construção do esquema corporal, o conhecimento de si próprio, e das suas competências e qualidades (Costa, 2003). Caliar (2004) refere a

intenção psicomotora do movimento e do lúdico, favorecendo a ligação entre a ação e pensamento, de acordo com as necessidades do indivíduo e promovendo a autoimagem positiva, através da comunicação verbal e não-verbal.

A educação psicomotora cria um ambiente onde a criança pode jogar, exprimir as suas fantasias e os seus desejos, servindo de base (Lagrange, 1974) para as competências escolares, sendo o movimento o suporte para a aquisição dos conceitos abstratos. A prevenção psicomotora procura promover, manter ou reduzir determinada condição médica, situando o corpo no envolvimento para perceber a sua expressão (Martins, 2010), pelo que se considera o contexto sociocultural, nas diferentes interações e nos vários ecossistemas (Fonseca, 2010).

A intervenção psicomotora atua em situações de dificuldades na gestão da atenção, problemas de memória e perceção, emocionais, psicomotores (e.g.: regulação tónica, equilíbrio, lateralização, estruturação espaciotemporal, noção do corpo, e praxias). A intervenção incidindo nos fatores psicomotores e na capacidade atencional, apelando à consciencialização do eu, reforçando a comunicação e as relações interpessoais, foca-se na adaptação e visa a tomada de decisão, auto-determinação e participação social da pessoa com DID (Valente, Santos e Morato, 2012).

Resultante da desintegração dos fatores psicomotores surgem perturbações como paratonias, sincinésias, agnosias e/ou apraxias que tendem a restringir o potencial adaptativo e de aprendizagem com impacto na QdV (Fonseca, 2010). A intervenção psicomotora estimula e facilita o desenvolvimento global, destinando-se a todos os grupos etários e utilizando diversas metodologias (técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora) (APP, 2012). Os Psicomotricistas desenvolvem o seu trabalho nos setores público e privado, estando a profissão regulamentada nas Instituições de Solidariedade Particular (IPSS) (APP, 2012), sendo esta realidade na CerMov com uma equipa de 7 psicomotricistas.

A intervenção psicomotora tem como pilares a observação e avaliação para uma intervenção adequada, sendo por isso abordado em seguida.

3.1. A observação e avaliação no processo de intervenção psicomotora

Considera-se “Observar” a ação de “saber ver, atentando nos detalhes em situações naturais, para o estudo sistemático de comportamentos e situações (Brito, 2005; Fonseca, 1985) e na intervenção psicomotora observa-se o corpo psicomotor como fonte de conhecimento entre a ação e o mundo interno e externo do sujeito (Boscaini, 2004).

Na intervenção psicomotora observar é fulcral, pois é como se apreende o comportamento do indivíduo face a determinadas provas (Fonseca, 1985; Wintreber, 1985). A fase da avaliação inicial é essencial para o conhecimento mais aprofundado do avaliado e da identificação de um perfil, permitindo estabelecer os objetivos a otimizar, tendo em consideração a rede e a priorização de serviços a providenciar para superar as dificuldades (Valente et al., 2012). Na intervenção psicomotora, torna-se possível o estabelecimento de um perfil intraindividual (psicomotor, comportamental e atitudinal) ajudando a um plano de intervenção individualizado, baseado em situações-problema que se esperam minimizadas (Thompson et al., 2004; Fonseca, 1985; Pitteri, 2004).

Boscaini (2004) realça a identificação do problema psicomotor, devendo o psicomotricista dar significado ao movimento através de diferentes métodos como a entrevista, a anamnese (informações da família, escola, instituição), etc. A avaliação deve estar presente durante a intervenção psicomotora em momentos específicos, para se perceber se existiu melhorias, de reavaliação do projeto e comparação e análise de resultados e práticas (Pitteri, 2004). Não desvalorizando a sua importância, a avaliação psicomotora pode ser complementada com avaliações de outras dimensões, sendo importante perceber o funcionamento neuropsicológico dos sujeitos com DID para detalhar as funções afetadas e que influenciam o desenvolvimento psicomotor individual.

As funções executivas (FE'S), são uma dimensão importante nas perturbações do desenvolvimento e a sua compreensão pode ser a base para uma intervenção específica e contextualizada. As FE's representam um conjunto de processos interrelacionados responsáveis por guiar e gerir funções cognitivas, emocionais e comportamentais perante uma situação nova ou na resolução de um problema (Gioia, Isquith, Guy e Kenworthy, 2000). Estes processos incluem a antecipação, planeamento, monitorização e utilização de feedback e estão relacionados com os níveis superiores de cognição, como a antecipação para uma ação, avaliação, autoconsciência e capacidade de decisão (Gioia et al., 2000). Para os autores o desenvolvimento das FE's acontece em paralelo com o desenvolvimento neurológico, particularmente na região pré-frontal do cérebro (apesar das ligações subcorticais com outros sistemas como o sistema límbico, o cerebelo, a amígdala e os gânglios basais - Barkley, 1949; Gioia et al., 2000), e acompanham todo o desenvolvimento do indivíduo. De forma geral, as FE'S englobam 8 domínios responsáveis pelo comportamento (Gioia et al., 2000):

- **Inibição:** capacidade de inibir, resistir ou não agir sobre impulso a determinado comportamento, conseguindo pará-lo no momento apropriado; encontra-se limitado nos indivíduos com PHDA com excesso de atividade motora, respostas físicas

inapropriadas para os outros e tendência para interromper e perturbar atividades em grupo; quando esta área se encontra comprometida pode indiciar uma PHDA;

- **Shift** – capacidade para mudar de uma situação/atividade/problema para outro implicando flexibilidade na resolução de problemas, capacidade de transição entre tarefas ou mudança de foco da atenção; quando esta área está com dificuldades os mecanismos de resolução de problemas vão estar comprometidos e tende-se à mesma abordagem independentemente dos feedbacks negativos; está associado aos défices na PEA (e.g.: demonstra-se chateado quando há mudança de planos);
- **Controlo Emocional:** área responsável por modelar uma resposta emocional adequada ao contexto que quando está comprometida, o indivíduo reage de forma explosiva ou não se expressa minimamente (e.g.: muda de humor frequentemente);
- **Iniciativa:** capacidade de iniciar, de forma autónoma, uma tarefa ou atividade, assim como conseguir criar ideias, respostas ou estratégias para resolução de problemas; os indivíduos com dificuldades a este nível, querem cumprir uma tarefa, mas não a conseguem iniciar (e.g.: precisa que se lhe diga para começar uma tarefa);
- **Memória de Trabalho:** capacidade de reter uma informação para cumprir uma tarefa; é importante para seguir instruções complexas ou resolver problemas mentais; os indivíduos com esta área afetada têm dificuldades em lembrar-se de coisas ou perde a noção da sequência do trabalho (e.g.: esquece-se o que está a fazer no momento);
- **Planeamento/Organização:** capacidade de gerir o comportamento orientado para o futuro, antecipar eventos futuros e estabelecer metas; consiste na organização da informação para um objetivo em comum; o indivíduo com comprometimentos a este nível apresenta dificuldades em completar uma série de passos para chegar a um objetivo único (e.g.: estudar para conseguir ter uma boa nota);
- **Organização de Materiais:** capacidade de manter as coisas em ordem em diferentes contextos; as dificuldades surgem quando o indivíduo não consegue manter a organização dos pertences, refletindo-se na escola/casa (e.g.: “deixa um rasto de coisas por onde passa”); e
- **Monitorização:** capacidade de monitorizar o seu comportamento e tarefas autonomamente; os indivíduos com esta área comprometida realizam os trabalhos à pressa, fazem erros por descuido e não revêm o trabalho (e.g.: não se apercebe que certas ações podem aborrecer os outros).

A infância e adolescência são períodos marcados por um rápido desenvolvimento das FE's que se desenvolvem em períodos críticos (e.g.: a inibição e capacidade de atenção/regulação da emoção na infância, a flexibilidade de pensamento e a capacidade

de resolução de problemas na adolescência - Gioia et al., 2000; Shanmugan e Satterthwaite, 2016), podendo ser diferente entre géneros: o género feminino apresenta uma memória de trabalho e capacidade de atenção melhor até à adolescência, e o género masculino apresenta uma melhoria destes domínios durante a adolescência, com maior velocidade no processamento de informação no início da adolescência, mas com melhorias menores (Shanmugan e Satterthwaite, 2016).

Um comprometimento nos domínios das FE's pode afetar diferentes áreas originando perturbações (e.g.: PHDA, Perturbações Psicóticas, Perturbação da Conduta entre outras), com repercussões na área académica, exclusão social, baixa autoestima e problemas de comportamento, pelo que a intervenção educacional se torna-se importante a nível cognitivo e de atividade física e musical (Shanmugan e Satterthwaite, 2016).

Desta forma, é importante perceber quais as áreas das FE's que podem estar afetadas, e o seu impacto no desenvolvimento do indivíduo e como a intervenção pode promover o seu desenvolvimento. Nesta linha Gioia et al., (2000) desenvolveram uma escala de avaliação de comportamentos que são manifestações das funções executivas e que será apresentada nos Estudos de Caso, relativo aos instrumentos utilizados.

A intervenção da estagiária assentou nos princípios da avaliação psicomotora, tendo sido feitas, inicialmente, observações diretas não participadas e participadas para conhecer os casos e criar ligação para a posterior avaliação psicomotora "formal", com a aplicação de instrumentos de avaliação, na qual se traçaram os objetivos da intervenção. Esta observação/avaliação foi fulcral para o planeamento de uma intervenção mais adequada e individualizada. Neste contexto, foram realizados relatórios de sessão com descrições detalhadas do que aconteceu na mesma, progressos no desempenho na sessão e comportamentos desviantes.

3.2. Intervenção Psicomotora em crianças e adultos com DID

A intervenção psicomotora na CerMov incide desde as crianças até aos adultos com DID, com um carácter reeducativo, terapêutico e de prevenção face a dificuldades de ordem psicomotora, cognitivas e psicoafetivas. A intervenção psicomotora baseia-se num conjunto de procedimentos que visam a funcionalidade e a aprendizagem, pelo que a estagiária teve em conta diferentes estratégias, recursos, o tipo de comunicação, tipo de abordagem (individual, grupal) e o clima afetivo e social (Rodrigues, 1991).

A população com DID apresenta uma heterogeneidade de perfis comportamentais e áreas sensíveis de aprendizagem, devendo existir uma adaptação da intervenção e estímulo ao objetivo da aprendizagem (Rodrigues, 1991). A intervenção psicomotora procura a estimulação dessas competências adaptativas (Valente et al., 2012) e surge

como uma prática interventiva na DID ao utilizar o corpo como mediador da aprendizagem e objeto de descobrimento, por meio da experimentação do movimento consciente e concreto. É através da manipulação dos objetos, pela motricidade, pelo jogo, pela imitação que o indivíduo aprende os vários tipos de participação social (Fonseca, 2003). A intervenção na DID incide na reorganização das funções mentais, na promoção de uma conduta consciente e do ato mental, potenciando os domínios motor, afetivo-relacional e cognitivo (Fonseca, 1989). Reis (2008) através da intervenção psicomotora em ginásio e meio aquático verificou melhores resultados ao nível da tonicidade, estruturação espaciotemporal e praxia global.

A intervenção psicomotora deve ter em conta que as aprendizagens da pessoa com DID se desenvolvem de forma mais lenta e com características próprias, devendo utilizar-se estratégias funcionais e adaptadas (Valente et al., 2012): delimitação de objetivos ajustados e relevantes às características individuais; participação de todos intervenientes; e os planeamentos devem ser estruturados visando o transfer para as vivências diárias (Santos, 2010; Santos e Morato, 2007; Valente et al., 2012). A intervenção não deve acentuar as dificuldades, mas sim procurar valorizar e reforçar positivamente cada experiência (Caliari, 2004).

A intervenção psicomotora nas crianças foca-se na prevenção ao nível educativo-pedagógico, e pode continuar com o adulto, assumindo um valor psicossocial, importante para o equilíbrio psicocorporal do adulto e para o bem-estar (Caliari, 2004). A intervenção psicomotora na DID deve considerar a adequação à idade cronológica, evitando a sua infantilização, promovendo interação com os pares e diminuindo os comportamentos desajustados típicos da problemática (Santos, 2010).

O trabalho em grupo, a noção e interiorização de regras e o jogo, para promover a comunicação afetiva, a resolução de problemas e a assimilação da realidade, são fatores a utilizar na intervenção da pessoa com DID (Santos, 2010). Onofre (2003) refere que o grupo é fonte de sensibilidades e de conhecimento ao mesmo tempo que é organizador de estruturas adaptáveis às situações vivenciadas. Promove, desta forma, um ambiente pedagógico, onde a interação com o outro, a iniciativa e a descoberta do outro conduz ao reconhecimento de si. Na CerMov, o jogo, as dinâmicas de grupo e a experiência motora estão presentes em diferentes projetos e visam a interação entre pares, o cumprimento e adoção de regras sociais, i.e., o desenvolvimento pessoal e social (e.g.: “OH Gui” de rugby adaptado, o “Surf na CERCICA”, Vela e a AMA). O psicomotricista assume o papel unificador deste ambiente pedagógico e terapêutico.

Viegas (2003) centra a intervenção na relação terapêutica, definida a partir do momento em que o cliente aceita e reconhece o terapeuta como parceiro e mediador para a prática, o jogo e a criação, devendo o psicomotricista centrar a intervenção no sujeito e na relação, com atitude intencional, atento ao processo e não apenas ao produto (Caliari, 2004).

Na CerMov, a intervenção psicomotora apresenta-se como uma terapia, na prevenção e educação ao nível do meio aquático e ginásio com sessões individuais e em grupo para a plena funcionalidade do cliente que apresenta um plano de vida adequado às suas características e necessidades, onde se inclui a intervenção psicomotora como apoio. O plano é estruturado e desenvolvido em equipa e em contacto direto com a família, que tem um papel ativo nos objetivos traçados.

Depois deste enquadramento da intervenção psicomotora, é de interesse abordar os principais contextos onde ocorreu a intervenção psicomotora da estagiária.

4. Âmbitos e contextos da Intervenção Psicomotora na DID

4.1. Meio aquático

O meio aquático dado ser um envolvimento fluido, contínuo e de contenção oferece um espaço de exploração e aventura com diferentes sensações, contradições e emoções. Neste meio, o movimento torna-se consciente, e a relação consigo próprio e com os outros acontece (Martins, 2010). As propriedades físicas da água conferem um meio relacional onde a pessoa se organiza mentalmente através da consciencialização do corpo que promove o bem-estar e facilita o movimento (Candeloro e Caromano, 2007).

A água como mediador confere a oportunidade de explorar uma relação com progressiva autonomia corporal, permitindo a construção de novas representações de si e do espaço (Martins, 2010), sendo uma prática terapêutica com ganhos ao nível das populações com necessidades de apoios (Varela, Duarte, Serena, Dias e Pereira, 2000). As características próprias da água influenciam a tonicidade (e.g.: diminuição do tónus muscular), a mobilidade e o equilíbrio (e.g.: reajustamento corporal) do corpo pelas forças que atuam no corpo imerso e que são inexistentes em meio terrestre. A profundidade facilita a consciência tridimensional, a noção de volume e a construção de um esquema corporal pela perceção de novos limites, em função da gravidade e da adaptação a um novo tónus e à regulação do controlo respiratório (Coleta, 2006; Martins, 2010). A força de impulsão é uma característica exclusiva do meio aquático que leva a que o controlo postural seja realizado de forma diferente, sendo responsável pela flutuação e eixos de liberdade

nos diferentes planos, influenciando o equilíbrio, estruturação espaço-temporal, precisão e coordenação (Matias, 2010).

O meio aquático pressupõe alterações psicomotoras ao nível do sistema preceptivo-motor (visual, auditivo e tátil-cinestésico), que resulta numa reorganização corporal, permitindo a adaptação ao meio aquático importante para o desenvolvimento do corpo e como fator de segurança e promoção da auto-estima (Corrêa e Massaud, 2004). Para os autores, este período de primeiro contacto com o novo meio deve dar especial atenção às necessidades individuais (e.g.: insegurança, ansiedade, medo ou desinteresse), para as competências natatórias, segurança e desenvolvimento global.

A intervenção psicomotora no meio aquático surge como estimulação, reeducação e terapia sendo o meio um facilitador do desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo, permitindo a tomada de consciência corporal, o desenvolvimento da lateralização, equilíbrio, orientação, sentido de ritmo, e estruturação espaço-temporal promovendo a atenção, a criatividade, a comunicação e interação com os outros (Matias, 2005). A intervenção em meio aquático pode deter uma ação terapêutica nos fatores psicomotores (Matias, 2005; Matias, 2010):

- **Tonicidade:** através da gravidade e impulsão criam-se novas sinergias estáticas e atitudes posturais para a efetividade e emoção; a temperatura da água, promove a diminuição do tônus muscular e a possibilidade de manipulação precisa e consciente;
- **Esquema corporal:** através da água o indivíduo organiza as sensações, na distinção entre o mundo exterior e interior, construindo o seu “eu”;
- **Equilíbrio:** base (com a tonicidade) para um adequado esquema corporal e autonomia motora, envolvendo maior atenção a pormenores da atividade;
- **Controlo Respiratório:** é um dos principais fatores na segurança neste meio “instável” e é a partir deste que a imersão total acontece; com um bom controlo respiratório o indivíduo é capaz de controlar as emoções, melhorar a atenção, controlar o movimento tornando-o cada vez mais consciente e adquirir a noção de ritmo; deve existir uma adaptação gradual através das expirações bucais e nasais;
- **Lateralidade:** envolve um processo dinâmico em relação com o ambiente e com as vivências, sendo pelo contacto com os objetos e diferentes disposições no espaço que o indivíduo passa de uma lateralidade indefinida, para uma alternância e finalmente para a sua automatização através da especialização hemisférica;
- **Estruturação Espaciotemporal:** envolve a noção de espaço, a exploração do contexto e do espaço simbólico; no meio aquático os planos e orientações espaciais alteram-se, passando na vertical para a horizontal, debaixo ou em cima da água e a

passagem consecutiva destes planos, permite ao sujeito vivenciar novas mudanças, maior liberdade de movimentos com novos referenciais espaciais para a orientação e organização espacial; a estruturação temporal advém dos ritmos do corpo pela propulsão/turbulência ou das instruções (e.g.: “mais rápido” “contagem de 1, 2,3”9); e

- **Praxias Global e Fina:** coordenação global dos movimentos durante os deslocamentos, onde, devido à resistência da água, o indivíduo consegue controlar o seu movimento e pensar na sua execução, cujo objetivo é o ato motor voluntário.

A intervenção psicomotora num ambiente com desafios, enriquecedor e motivador, com sessões planeadas e respeitando o ritmo individual, deve propor atividades alternadas entre dirigidas e espontâneas (Matias, 2010), promovendo o lúdico (respeitando a faixa etária) e dinâmicas grupais com instrução verbal, e se necessária demonstração, pelo que numa fase inicial é fundamental a permanência do técnico na água. Os materiais a utilizar podem ser diversos e, utilizados de acordo com os objetivos pré-definidos (Matias, 2010; McKay e McKay, 2005).

A intervenção psicomotora em meio aquático detém diversos benefícios: desenvolvimento do esquema corporal, coordenação motora e promoção da relaxação; comunicação intrapessoal e interpessoal, regulação das emoções e aumento da autoconfiança; criação de novas experiências que não são possíveis no meio terrestre, estimula a resolução de problemas e a atenção; melhora a percepção espacial, a percepção visual e a capacidade de localização auditiva de objetos e experiências; aumenta o “bem-estar” físico e psicológico (Matias, 2005). A intervenção psicomotora em meio aquático da estagiária ocorreu em sessões individuais ou grupais de 30 minutos com a o técnico dentro de água. Estas sessões foram planeadas e estruturadas segundo os objetivos estabelecidos no plano individual do cliente, depois da avaliação, existindo um contacto constante com as famílias e outros técnicos.

Outra atividade promovida pela CERCICA, é a Equitação Terapêutica que merece especial atenção na intervenção realizada na prática de intervenção.

4.2. Equitação Terapêutica

A equitação terapêutica (ET) tem sido abordada como um complemento à intervenção psicomotora, uma vez que o cavalo é considerado um recurso terapêutico (mediador) que proporciona experiências motoras e efetivas variadas que permite ultrapassar problemas físicos, psicológicos (cognitivos, afetivos, comportamentais), educacionais e sociais (Santos e Faria, 2007; Leitão, 2008). O indivíduo é encarado no seu ponto de vista holístico e a intervenção nesta área, procura melhorar a das pessoas com dificuldades na

aprendizagem, linguagem, comportamento, atenção, integração sensorial e percepção visual (Leitão, 2008), baseando-se na regulação do comportamento.

O cavalo, como veículo terapêutico, proporciona através dos seus três andamentos (passo, trote e galope) uma série de experiências propriocetivas e tridimensionais, sem objetivos desportivos concretos (Leitão, 2004). A intervenção centra-se em novas relações (terapeuta, criança, cavalo), promovendo o desenvolvimento global, bem-estar, autoestima, confiança, atenção, concentração, tolerância à frustração, iniciativa, autocontrolo e a diminuição de movimentos estereotipados (Leitão, 2004; Leitão, 2008; Faria e Costa, 2001; Miranda 2000).

O movimento do cavalo requer uma constante adaptação corporal, pelo que é possível trabalhar o equilíbrio, modificar posturas corporais e melhorar a mobilidade (Borges, Werneck, Silva, Gandolfi e Pratesi, 2011; Miranda, 2000). Na ET existe uma transmissão de movimentos diagonais, ritmados e progressivos do cavalo para o indivíduo que têm um papel importante no desenvolvimento neurológico, físico e psicomotor do mesmo (Faria e Costa, 2001; Miranda, 2000). A construção do plano interventivo na ET, deve considerar a singularidade de cada sujeito, o contexto onde se insere, as interações, os objetivos e técnicas a aplicar (Leitão, 2004, 2008).

Na CerMov, esta atividade é dirigida aos clientes de CAO e decorre nas instalações do Real Clube de Campo D. Carlos I, em Cascais, com acompanhamento de instrutores, duas fisioterapeutas que dinamizam as sessões e monitores formados em equitação especial para auxiliar nas sessões. Os participantes e família decidem, com os técnicos, se querem participar nesta atividade e quais os objetivos a alcançar.

O próximo capítulo retrata a organização e a intervenção concreta da prática psicomotora ao longo do estágio curricular na CERCICA – CerMov.

PRÁTICA DE ESTÁGIO CURRICULAR

1. A Intervenção Psicomotora na CERCICA – CerMov

1.1. Organização e Duração da Intervenção Psicomotora do Estágio

O presente estágio curricular teve duração de 9 meses desde outubro de 2015 a junho de 2016, com as respetivas interrupções letivas: Natal (21 dezembro a 4 janeiro), Carnaval (6-9 de fevereiro) e Páscoa (24-28 de março). O horário de estágio e as várias etapas de intervenção serão detalhadamente explicadas nos dois subcapítulos seguintes.

1.1.1. Horários de Estágio

A frequência da prática de estágio foi diária (de segunda a sexta-feira), com horário irregular consoante os apoios terapêuticos diários e a entrada/saída de clientes ao longo do ano letivo. Como se observa na figura 2, o estágio na CerMov organizou-se em dois horários distintos: o primeiro (Horário I) durou até janeiro de 2016 e o segundo (Horário II) prolongou-se até ao fim de junho de 2016. Relativamente à carga horária, o estágio envolveu 28 horas semanais, distribuídas pelos diversos contextos de intervenção. A intervenção em meio aquático englobou a maioria das horas de prática (13h), tendo sido o contexto na qual a intervenção psicomotora se centrou. As restantes horas englobaram a equitação terapêutica, o Projeto “CERCICA com Ritmo”, intervenção em ginásio e outros contextos (e.g.: voluntariado no projeto “À Tarde na CERCICA”, Rugby, Surf).

As grandes alterações em termos de mancha horária, devem-se, principalmente, ao início da Equitação Terapêutica, às segundas-feiras, e na entrada e saída de clientes abrangidos pelo acordo de cooperação no apoio de hidroterapia. Em ambos os horários o tempo de Planeamento para o estágio esteve sempre presente como um momento onde a Orientadora de Estágio Local (TSEER) e estagiária reservavam, em conjunto, para planejar sessões, redigir os Planos Individuais dos clientes (PI) ou fazer registos de sessão. Não obstante, a maioria do Tempo Livre também era aproveitado para o planeamento e organização dos casos de intervenção, mas de forma mais autónoma por parte da estagiária.

É importante referir que no início do mês de março o Estudo de Caso I desistiu do apoio de hidroterapia, por motivos de saúde, e surgiu outro estudo de caso em substituição, o Estudo de Caso III (ver figura 2), abordados no capítulo 2 referente aos Estudos de Caso.

O estágio estruturou-se de acordo com três fases fundamentais que orientaram o processo de intervenção psicomotora na CerMov.

HORÁRIO I						HORÁRIO II					
	segunda	terça	quarta	quinta	sexta		segunda	terça	quarta	quinta	sexta
07:30						07:30					
07:45					Balneário	07:45					Balneário
08:00				Psicomotricidade (ginásio)	Hidroterapia Individual	08:00				Psicomotricidade (ginásio)	Hidroterapia Individual
08:15	Balneário					08:15		Planeamento Estágio			
08:30	Tempo Livre			Tempo Livre	Hidroterapia Individual	08:30				Vaga	Hidroterapia Individual
08:45						08:45					
09:00						09:00					
09:15	Hidrogenástica	Educação Física (sala de aparelhos)		Educação Física (sala de aparelhos)	Hidrogenástica	09:15		Educação Física (sala de aparelhos)		Educação Física (sala de aparelhos)	Hidrogenástica
09:30						09:30					
09:45	Balneário	Tempo Livre			Hidrogenástica	09:45					
10:00						10:00		Tempo Livre			Hidrogenástica
10:15	Planeamento Estágio				Hidrogenástica	10:15					
10:30						10:30					Hidrogenástica
10:45						10:45					
11:00	Hidroterapia Individual					11:00					
11:15						11:15					
11:30	Balneário				Hidroterapia Individual	11:30					Hidroterapia Individual
11:45	Educação Física (sala de aparelhos)					11:45					
12:00						12:00					
12:15					Dança	12:15					
12:30						12:30					
12:45		Balneário		Almoço		12:45		Balneário		Almoço	
13:00	Almoço	Almoço				13:00		Almoço			
13:15			Almoço	Tempo Livre		13:15			Almoço	Tempo Livre	
13:30						13:30					
13:45		Tempo Livre	Balneário	Balneário		13:45	Balneário	Tempo Livre	Balneário	Balneário	
14:00	Balneário		Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual		14:00	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	Tempo Livre	
14:15		Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual		14:15					
14:30	Hidrogenástica Grupo CAO		Hidroterapia Individual (Estudo de Caso II)			14:30	Hidrogenástica Grupo CAO		Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	
14:45						14:45					
15:00	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual		15:00		Hidroterapia grupo (Estudo de Caso III)	Hidroterapia Individual	Hidroterapia Individual	
15:15						15:15	Hidroterapia Individual				
15:30	Hidroterapia Individual (Estudo de Caso I)		Hidroterapia Individual			15:30			Hidroterapia Individual (Estudo de Caso I)		
15:45		Balneário	Balneário			15:45	Balneário	Balneário			
16:00						16:00	Tempo Livre		Balneário		
16:15	Psicomotricidade (ginásio)		Tempo Livre			16:15	Psicomotricidade (ginásio)		Tempo Livre		
16:30			Hidroterapia Individual			16:30					
16:45	Balneário					16:45	Balneário		Hidroterapia Individual + Natação		
17:00			Hidroterapia Individual			17:00					
17:15	Hidroterapia Grupo			ATL "À Tarde na CERCICA"		17:15	Hidroterapia Grupo				
17:30			Natação Adaptada Grupo			17:30			Natação Adaptada Grupo		
17:45	Hidroterapia Individual					17:45	Hidroterapia Individual				
18:00						18:00					
18:15	Balneário		Balneário			18:15	Balneário		Balneário		
18:30						18:30					
18:45						18:45					

Figura 2 - Horários I e II do estágio curricular

1.1.2. Fases de Intervenção

As etapas de intervenção no estágio refletem a evolução da intervenção da estagiária, e espelham os conteúdos anteriormente referidos sobre a importância da observação e avaliação na intervenção psicomotora.

a) Fase de Observação Participada

A observação participada caracterizou a primeira fase da intervenção e teve início no primeiro dia do estágio curricular, em outubro, com a observação, de toda a dinâmica da instituição (e.g.: relações cliente-cliente, técnicos-cliente, rotinas, logística inerente à organização da instituição) e intervenção desenvolvida pela Orientadora Local (e.g.: horários, grupos de trabalho, atividades diárias). Observaram-se os apoios dinamizados pela orientadora local, a fim de perceber as diferentes atividades desenvolvidas, a variabilidade de contextos, a organização dos grupos de clientes e o tipo de organização/estrutura de cada uma das atividades. Posteriormente, a observação passou

a ser participada e a estagiária teve a oportunidade de vivenciar e acompanhar os apoios em Psicomotricidade em ginásio, Hidroterapia individual e Grupo, Educação Física, Natação Adaptada, Surf e Rugby. Esta observação participada permitiu começar a criar empatia com os clientes, e com a restante equipa, ao mesmo tempo que contribuiu para a integração da estagiária na instituição.

De realçar que durante esta fase o papel da técnica e a sua relação com o cliente apresentou especial enfoque pois permitiu realizar uma ponte entre o trabalho feito e a fundamentação teórica. Assim, foi possível destacar a capacidade de improviso e de resolução de problemas tendo em consideração as características comportamentais do cliente, sempre com vista à adaptação do contexto e estratégias às capacidades e necessidades individuais. Verificou-se, assim, quais as principais estratégias utilizadas nas sessões (e.g.: instruções verbais, diretas e concretas, demonstração da tarefa, feedbacks positivos ao longo da tarefa, utilização de pontos de referência visuais/físicos, rotinas de sessão bem estabelecidas), o tipo de ajudas e apoios fornecidos, os materiais utilizados associados a um objetivo concreto, o tipo de discurso (e.g.: tratar o cliente pelo seu nome próprio) e a relação estabelecida entre a técnica e o cliente, que procurou a máxima autonomia do cliente, olhando-o como um indivíduo capaz de realizar as tarefas de forma funcional não fazendo as atividades por ele, mas arranjando estratégias e jogos que permitissem que ele fosse o elemento ativo na sessão.

Cada uma destas observações diárias, deu origem a registos de sessão que explicitam o tipo de apoio, duração, descrição das tarefas, objetivos gerais trabalhados, materiais, estratégias de intervenção e todos os aspetos tónico, emocionais e relacionais da interação na sessão. Foi, ainda, possível recolher o máximo de dados possíveis sobre os clientes (e.g.: consulta de processos, conversa com técnicos, entre outros) com principais informações (e.g.: atividades, necessidades de apoios, características, etc.) que permitiram estruturar melhor a intervenção. Este trabalho foi realizado durante o Tempo Livre, em conjunto com a técnica ou de forma autónoma. Em conjunto com a orientadora local, os registos de sessão foram corrigidos, redigidos fazendo uma reflexão entre o trabalho na sessão e os objetivos individuais.

b) Fase de Intervenção Supervisionada

Posteriormente, a Fase de Intervenção Supervisionada, decorreu desde novembro a dezembro, na qual a estagiária teve oportunidade de iniciar a intervenção com a ajuda e presença da técnica progredindo para uma dinamização autónoma, mas pontual e sempre supervisionada de diferentes sessões, em contextos diferentes.

Esta intervenção iniciou-se pela dinamização da fase de Ativação Geral e Retorno à Calma nas sessões de Educação Física (EF), evoluindo para a dinamização de sessões em contexto de piscina planeadas pela técnica. O trabalho inicial da estagiária passou, principalmente pelas questões inerentes à dinamização da sessão: discurso, tipo e forma da instrução, organização e duração da sessão e gestão do tempo da tarefa. Esta intervenção contribuiu para aprofundar a relação estagiário-cliente, através do estabelecimento de regras, gerindo os conflitos e/ou resolvendo os problemas com assertividade e afetividade, dentro da sessão. Estas competências contribuíram não só para o desenvolvimento pessoal da estagiária, mas também para uma evolução enquanto psicomotricista, através de um trabalho de consciencialização das principais dificuldades, limitações, áreas a melhorar e áreas fortes. Estes pontos eram discutidos no diálogo constante com a orientadora local.

A intervenção foi progredindo ao longo do tempo e a estagiária começou a planear as sessões em conjunto com a técnica, com o estabelecimento de objetivos definidos para cada atividade da sessão. Esta autonomia também passou pela colaboração nas avaliações intermédias dos clientes, pelo acompanhamento de reuniões de logística do projeto Rugby Adaptado, pela observação das sessões de Equitação Terapêutica (ET) supervisionadas pela fisioterapeuta que mais tarde seriam parte integrante no estágio e pelo voluntariado no Projeto de ATL “À Tarde na CERCICA”, todas as 5^{as} à tarde. Por sua vez, a estagiária manteve todos os registos de observação descritiva dos apoios de hidroterapia, iniciou a escolha de estudo de caso e procedeu à elaboração dos documentos de avaliação inicial e posteriormente à sua aplicação.

c) Fase de Intervenção Autónoma

Finalmente, a intervenção autónoma foi desenvolvida de janeiro até final do estágio curricular, e a estagiária começou a intervir e a planear as sessões de forma autónoma. Este trabalho passou pela dinamização como apoio, autónoma das sessões de EF, planeamento e dinamização das sessões de Hidroterapia Individual dos estudos de caso e clientes de CAO, dos casos com apoio em Psicomotricidade em ginásio, apoio nas sessões de Hidroginástica ao Grupo de CAO e acompanhamento autónomo dos clientes em turmas regulares de Hidroginástica. Nos restantes casos de hidroterapia individual com clientes externos e de Natação Adaptada, apesar de terem sido acompanhados durante todo o estágio, o trabalho realizado foi apenas de apoio à técnica.

Nesta fase, iniciou-se a avaliação dos estudos de caso e continuou-se, de forma ativa, o trabalho de intervenção psicomotora, com a participação em algumas reuniões de equipa semanais e outras reuniões com a restante equipa de trabalho sobre os clientes.

Em outubro o Projeto “CERCICA com Ritmo” foi iniciado, e a estagiária começou a ter uma participação ativa e autónoma nas aulas, com o planeamento e dinamização das aulas de dança de salão sempre com supervisão da técnica responsável pelo projeto (TSEER). A estagiária também teve oportunidade de colaborar na realização da grelha de avaliação e sua aplicação aos clientes (ver Projeto de Investigação).

Para além deste projeto, em fevereiro de 2016, a estagiária começou a colaborar com três Técnicos responsáveis pela Intervenção Psicomotora na CerMov num Estudo de Intervenção em Meio Aquático em Pequeno Grupo, apresentando uma comunicação no II Congresso Nacional de Psicomotricidade.

Ao longo do mês e meio de trabalho de preparação para a comunicação a estagiária participou nas reuniões de trabalho com os técnicos, realizou as entrevistas com os pais dos clientes aplicando questionários de avaliação formal, planeou as sessões em conjunto com os técnicos, dinamizou autonomamente algumas sessões e participou em toda a organização da comunicação. Esta colaboração tornou o estágio mais enriquecedor, criando um sentimento de pertença à equipa, contribuindo para desenvolver competências profissionais ao nível da intervenção psicomotora e do trabalho em equipa. No sentido de perceber melhor a organização do estágio e a população-alvo do mesmo, seguidamente serão apresentados os clientes incluídos na intervenção psicomotora da prática de estágio.

1.2. População-Alvo da Intervenção Psicomotora

Os clientes abrangidos pelos serviços da Cercica-CerMov distribuem-se em três grupos:

- a) Clientes Internos de CAO:** 40 clientes com DID e idade superior a 16 anos que participam em atividades motoras, terapêuticas, socioculturais, de desenvolvimento social e pessoal, ocupacionais e socialmente úteis em diferentes contextos;
- b) Clientes ao abrigo do Acordo de Cooperação:** abrange 12 alunos com NEE provenientes dos Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais através da parceria com a CMC. De acordo com a verba recebida, faixa etária, características comportamentais, motoras e relacionais os alunos têm acesso ao apoio de hidroterapia (psicomotricidade em meio aquático ou fisioterapia); e
- c) Clientes Externos:** i.e, qualquer pessoa que pode beneficiar dos serviços disponibilizados pela CerMov. O estágio englobou 6 clientes deste grupo.

A entrada de um cliente na instituição segue várias etapas e procedimentos que passa pela observação, avaliação e encaminhamento para um apoio:

1.3. Planos Individuais dos clientes na Intervenção Psicomotora

O processo terapêutico envolve o conhecimento do cliente, avaliação e posterior elaboração de um plano de acordo com as suas características funcionais, motoras e

comportamentais. A CerMov aquando da entrada de um cliente, procura recolher o máximo de informação sobre o mesmo, através da observação direta, reuniões com a família, relatórios externos que complementam a informação e instrumentos de avaliação formal adequados à população em questão (e.g.: apoios, comportamento adaptativo, avaliação psicomotora) para uma caracterização o mais completa possível.

Depois da recolha destas informações, os dados são analisados, em equipa, e traçado um *Plano Individual de Funcionalidade* onde são caracterizadas as respetivas áreas fortes e áreas a desenvolver (nível de desempenho e potencial de aprendizagem), assim como as suas características comportamentais, interesses e expetativas. Este documento único contempla todos os apoios que o cliente tem.

De acordo com estas informações e os recursos disponíveis é redigido o *Plano Individual (PI)*, com os objetivos individuais gerais, específicos, critérios de êxito a atingir, estratégias e observações da intervenção que, posteriormente, é apresentado à família e cliente que podem, ou não, aprovar o mesmo, sendo possíveis alterações e reestruturações, de acordo com as necessidades do cliente e evoluções de desempenho.

Na Intervenção Psicomotora, para os clientes do acordo de cooperação, o PI é redigido para um ano letivo e a frequência semanal pode variar entre uma ou duas sessões, de 30 ou 45 min consoante as necessidades do cliente, da família e da logística da instituição. Todo o processo terapêutico se baseia na avaliação (inicial, intermédia e final), com sessões planeadas e registos de sessão, nos quais é possível realizar uma observação informal, a nível comportamental, relacional, e de desempenho na tarefa, permitindo avaliar a evolução do processo. No final do ano letivo é realizada a avaliação final para confirmar se os objetivos foram (ou não) atingidos.

A estagiária não acompanhou a avaliação inicial da maioria dos novos casos de intervenção, dado ter ocorrido em setembro. No entanto, esteve presente nas avaliações intermédias e finais, dos clientes internos. Este processo de avaliação transdisciplinar tornou-se fulcral no acompanhamento da pessoa com DID, dada a dinâmica e organização entre o triângulo equipa-cliente-família, onde o cliente é o ponto central de todo o trabalho que procura sempre o seu desenvolvimento e máxima funcionalidade. Esta monitorização oferece uma perspetiva global do cliente, visando o desempenho ótimo do seu potencial. Dada a variedade de características e necessidades de cada cliente, a CerMov disponibiliza serviços de apoio e intervenção, em diferentes contextos. É assim que a intervenção psicomotora surge, como resposta terapêutica que permite potenciar capacidades, promover a QdV e bem-estar da pessoa.

1.4. Contextos da Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora na população com DID passa pela aquisição de competências adaptativas, funcionais e de carácter académico para a sua plena participação na sociedade (Valente et al., 2012) e está bem patente na CerMov assumindo, em faixas etárias mais baixas, um carácter preventivo e educacional no desenvolvimento e promoção de competências de aprendizagem e dos fatores psicomotores, e na idade adulta procura a manutenção de competências funcionais e autonomia nas AVDs.

Desta forma, e através de uma equipa em parceria com a família, as limitações e características do cliente são respeitadas durante todo o processo de intervenção psicomotora, estando esta inserida em diversos contextos (e.g.: ginásio/sala, piscina, outros contextos), pelo que é feita uma descrição detalhada de cada um deles.

- a) Psicomotricidade em contexto de sala/ginásio:** procura-se desenvolver competências psicomotoras de base, trabalhando os fatores psicomotores, promovendo a aprendizagem através da qualidade do movimento - Psicomotricidade em Ginásio e Educação Física Adaptada para a manutenção da condição física e motora dos clientes internos da instituição; destaca-se, ainda, a vertente da Dança, como atividade física organizada de expressão corporal que promove, a imaginação, a relação intra e interpessoal e a coordenação motora, e o ensino de coreografias de diferentes estilos de dança com foco no bem-estar físico e psicológico;
- b) Psicomotricidade em contexto de piscina:** apoios de Hidroterapia e Natação Adaptada, com duração de 30 a 45 minutos, em contexto individual ou em grupo; a Hidroterapia surge como terapia de estimulação e reeducação onde o meio aquático é um facilitador do desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo; a Natação Adaptada que ensina as técnicas de nado a clientes com NEE, para aprender a nadar; a Hidroginástica, onde estão inseridos clientes internos, com DID, em turmas regulares, promove a prática desportiva aliada às propriedades da água, ao bem-estar físico e ao convívio, através de exercícios aquáticos específicos da hidroginástica (e.g.: movimentos de postura, locomoção ou trabalho de core); e
- c) Outros Contextos:** todas as modalidades adaptadas à pessoa com DID praticadas fora das instalações da CERCICA que inclui o Surf Adaptado, Rugby Adaptado, Equitação Terapêutica e Hidroginástica. Estas atividades realizam-se numa dinâmica de grupo/equipa e aliam a prática de um desporto/modalidade ao desenvolvimento motor e bem-estar físico e psicológico, para o transfer das aprendizagens para diferentes contextos e situações de vida do indivíduo, potenciando o seu comportamento adaptativo. Estas atividades são acompanhadas pelo psicomotricista

e técnicos das modalidades e dada a variedade das mesmas permitem ao cliente exercer o seu poder de escolha e optar pela modalidade que goste e que sinta bem, sempre em conformidade com a família, equipa e com as necessidades e característica do cliente. A Tabela 1 apresenta o número de casos com que a estagiária interveio, consoante o contexto da intervenção psicomotora.

Tabela 1 - Intervenção Psicomotora na Prática de Estágio na CerMov (população-alvo e contextos)

	Nº clientes abrangidos no estágio	Contextos de Intervenção Psicomotora no âmbito do estágio curricular						Outros contextos (modalidades adaptadas à pessoa com DID)
		Sala/Ginásio				Piscina		
		Psicomotricidade	Dança	Ed.Física	Hidroterapia	Hidrogenástica CAO	Natação Adaptada	
Cientes Internos	48	-	x	x	x	x	x	x
Cientes Acordo Cooperação	12	-	-	-	x	-	x	-
Cientes Externos	7	x	-	-	x	-	x	-

1.5. Organização das Sessões

Depois de perceber os diferentes contextos da intervenção psicomotora, é importante conhecer a dinâmica das sessões correspondentes.

a) Intervenção Psicomotora (sala/ginásio)

As sessões de intervenção psicomotora tiveram lugar no ginásio da CerMov, com duração semanal de 30 minutos (individuais) a 45 minutos (grupo reduzido). O total de clientes abrangidos foi de 2, sem diagnóstico definido e entre os 10 e os 11 anos. As características do cliente 1 centravam-se na dificuldade comportamental (e.g.: instabilidade motora) e controlo respiratório e as principais dificuldades do cliente 2 enquadravam os domínios da Equilibração, Noção Corporal, Estruturação Espaço-Temporal e Praxia Fina. Desta forma, as sessões foram planeadas de acordo com as necessidades dos clientes com uma estrutura sequencial:

- *Fase Inicial:* englobava o diálogo inicial entre o cliente e a técnica (e.g.: conversa informal sobre o dia, a escola, interesses e estado emocional do cliente) e os rituais de entrada da sessão (e.g.: descalçar sapatos, trocar de roupa);
- *Ativação Geral:* exercícios de preparação e ativação tónico-emocional para as tarefas seguintes, destacando-se exercícios de controlo postural, cruzamento da linha média do corpo, controlo respiratório e de equilíbrio;

- *Fase Fundamental:* com atividades estruturadas e objetivos definidos, trabalhando as áreas fortes e a desenvolver, promovendo competências psicomotoras, cognitivas, emocionais, de interação e comunicação, através de jogos, circuitos e motivacionais para a criança pela experiência motora e com materiais variados;
- *Retorno à Calma:* dependente das necessidades de cada cliente com exercícios de regulação tónica com mobilizações passivas ou de alongamentos; e
- *Fase Final:* conversa final com o técnico sobre as atividades para se perceber quais os interesses e promover o diálogo, a memória, estruturando o pensamento. Estavam, também, presentes as rotinas de saída, como a arrumação do material ou tarefas de autonomia (e.g.: trocar de roupa e sapatos). Estes momentos finais são importantes, pois também dão oportunidade ao prestador de cuidados de conhecer o trabalho realizado na intervenção - as crianças podem explicar aos pais o que aconteceu na sessão, com papel ativo no diálogo técnico-criança-pai.

Nestas sessões foram utilizados diferentes materiais existentes ou construídos consoante as competências trabalhadas, como os fatores psicomotores, competências relacionais e pessoais com enfoque no comportamento, e tarefas diárias. A estagiária não esteve presente na avaliação inicial, mas colaborou na construção do PI, assim como na avaliação final do mesmo. Ao longo das sessões foram elaborados registos de sessão, servindo de instrumento para uma avaliação contínua do cliente.

b) Intervenção Psicomotora em Meio Aquático (Individual e Grupo)

As sessões de intervenção psicomotora em meio aquático ocorriam na piscina da instituição, com duração de 30 minutos (individual) a 45 minutos (grupo), com frequência de uma a três vezes por semana. O total de clientes apoiados neste contexto foi de 20. As sessões-tipo encontravam-se estruturadas em três fases distintas:

- *Fase Inicial:* diálogo inicial (e.g.: conversa informal sobre o dia, a escola, interesses e estado emocional do cliente) e rotina de entrada na piscina, adaptado a cada cliente de acordo com a sua autonomia, mobilidade e familiarização com o meio (e.g.: saída do balneário, sentar no cais, retirar e guardar os chinelos, e entrar na piscina com apoio ou sem apoio);
- *Fase Fundamental:* atividades dependiam das competências de cada cliente e variaram deste a adaptação ao meio (e.g.: autonomia pessoal, entradas e saídas do meio, controlo respiratório, equilíbrio e flutuação, deslocamentos e imersões, rotações e coordenação motora geral), a atividades de jogos de interação pessoal e relacional (e.g.: questões psicomotoras, comportamentais, cognitivas, cumprimento de regras) e ao ensino da natação com a aprendizagem de estilos de natação (e.g.: crol e costas);

para alguns clientes os objetivos da sessão passavam por mobilizações passivas, alongamentos e cumprimento de tarefa, e

- *Fase Final*: diálogo final e rotinas de saída (igual à *Fase Inicial*, de acordo com as necessidades de cada cliente).

A seleção do material teve em conta as áreas trabalhadas e os diferentes apoios para cada cliente (e.g.: rolos, pranchas, argolas). As principais estratégias foram: instruções claras, demonstração, construção de jogos, atividades motivantes e música associada a tarefas servindo de referência, para motivar e promover o tempo na tarefa.

c) Educação Física Adaptada (Sala de Aparelhos)

As aulas de grupo (máximo 7 elementos) de Educação Física Adaptada realizavam-se na sala de aparelhos com duração de 45 minutos e frequência trissemanal. Foram 9 os clientes apoiados. As aulas eram destinadas aos clientes internos com DID e objetivavam a prática da atividade física (e.g.: combate ao sedentarismo e obesidade), através da promoção e manutenção da condição física e da autonomia, responsabilidade e poder de decisão - os clientes têm a possibilidade de optar ou não por esta atividade e são encaminhados sozinhos para a aula e para a sala. Tal como as anteriores, as sessões foram estruturas de acordo com três fases fundamentais:

- *Fase Inicial*: diálogo inicial (e.g.: conversa informal sobre o dia, perceber o estado emocional do cliente) e momento de Ativação Geral para a preparação para o exercício físico (e.g.: exercícios de mobilização dos membros, tronco e cabeça);
- *Fase Fundamental*: circuito de exercícios específicos realizados nos aparelhos da sala (e.g.: cicloergómetro, passadeira, remoergómetro, elíptica e step), e exercícios de fortalecimento muscular (e.g.: abdominais, agachamentos, trabalho de bicipite). Cada cliente trabalha em dois aparelhos diferentes (15 minutos/cada) e realiza 3 séries de exercícios. Este trabalho dinâmico potencia a capacidade cardiovascular, a força muscular e a permanência na tarefa; e
- *Fase Final e Retorno à Calma*: diálogo final e exercícios de alongamento dos segmentos corporais trabalhados, regulação tónica e respiratória.

O planeamento das sessões foi feito todos os meses, promovendo a rotatividade entre os exercícios para cada cliente, contribuindo para a sua motivação. Em cada aula era realizado um registo de sessão com anotações relativas ao aparelho utilizado, tempo de duração na tarefa, número de séries realizadas, resistência do aparelho e algum comportamento a realçar durante o tempo de atividade que interfira de forma positiva ou negativa com o desempenho do cliente. Para uma melhor monitorização dos objetivos definidos a avaliação foi realizada em três momentos - inicial, intermédia e final.

De acordo com as necessidades de apoio, características e funcionalidade de cada cliente foram utilizadas as seguintes estratégias: instruções claras, feedbacks, reforço, demonstração e acompanhamento individual com os clientes com mais dificuldades na coordenação, no cumprimento de rotinas e no tempo de tarefa. Por outro lado, existiam jovens autónomos, que realizavam todas as atividades sem apoio físico, mas necessitando de demonstração e reforço constante.

d) Hidroginástica Adaptada para o grupo de CAO

Estas sessões dirigiam-se aos indivíduos de CAO com DID (máximo 7 elementos) com interesse em frequentar a piscina, mas sem um nível de funcionalidade adequado para frequentarem as aulas de Hidroginástica. As sessões, de 45min/sem, realizaram-se na piscina, tendo-se acompanhado, inicialmente, 4 clientes, passando para 3 a meio do ano. Estas aulas foram acompanhadas pela TSEER, sendo foram estruturadas em quatro fases:

- *Fase Inicial:* diálogo inicial (e.g.: conversa informal sobre o dia, perceber o estado emocional do cliente) e rotinas de entrada na piscina;
- *Fase Ativação Geral:* momento de ativação das articulações dos membros a serem trabalhados com exercícios dinâmicos (e.g.: deslocamentos na vertical: corrida, marcha, elevação dos joelhos);
- *Fase Fundamental:* exercícios específicos da Hidroginástica com trabalho dos vários segmentos corporais e adaptados à funcionalidade de cada elemento do grupo (e.g.: adução/abdução de membros superiores (MS) com utilização de halteres, flexão/extensão do cotovelo, chuto à frente e atrás, deslocamentos que envolvam transporte de objetos na água); e
- *Fase Final:* diálogo final e rotinas de saída da piscina.

O grupo de Hidroginástica, apesar de autónomo no meio aquático precisou de acompanhamento constante da técnica e da estagiária, dentro de água, para a realização de tarefas, através de instruções diretivas, reforço, demonstração e por vezes acompanhamento individualizado. As tarefas propostas, tiveram um carácter simples, mas com objetivos definidos, passando pela prática de exercício físico, melhorar e/ou manter a postura, coordenação motora, promoção de competências psicomotoras e pelo cumprimento da tarefa. Foi privilegiada a relação intrapessoal na interação entre os clientes, promovendo o diálogo e a interajuda.

e) Equitação Terapêutica

A Equitação Terapêutica (ET) decorreu nas instalações da Associação Hípica Terapêutica (AHT), associada ao Real Clube Campo D. Carlos (Praia Guincho – Cascais) com frequência semanal (6^ªf), pelos clientes de CAO. A equipa conta com o acompanhamento

de 2 fisioterapeutas, 2 monitoras, 1 equitador da AHT, 6 voluntários da AHT e 1 motorista que faz o transporte. Foram apoiados no total 6 clientes.

Esta atividade iniciou-se como uma observação extra com o objetivo de conhecer e perceber um contexto de trabalho diferente, visto que a estagiária já acompanhava alguns clientes em contexto de piscina e educação física. Posteriormente, a estagiária começou a apoiar a fisioterapeuta acompanhando os clientes a lado no cavalo com apoio de 1 voluntário, de forma autónoma, mas com supervisão da fisioterapeuta responsável.

Como referido na fundamentação teórica esta abordagem terapêutica englobe 3 valências (equitação terapêutica, hipoterapia, equitação adaptada), de acordo com as características e objetivos terapêuticos individuais, autonomia e a influência que o cavalo tem para o cliente, sendo uma atividade prazerosa e lúdica que aumentam a motivação. A sessão durava 20 a 30 minutos, distribuídos em três fases fundamentais:

- *Fase Inicial:* diálogo inicial (e.g.: conversa informal sobre o dia, perceber o estado emocional do cliente), fase de aproximação ao cavalo (contacto através do toque nas diferentes partes do corpo do cavalo) e montar o cavalo;
- *Fase Fundamental:* ativação geral com o cavalo a ser guiado com 1 ou 2 voluntários na posição de auxiliar lateral e o líder (equitador) em movimento de *passo*; constituída por tarefas de adequação tónica, equilíbrio, coordenação e dissociação de membros superiores; exercícios de planeamento e coordenação motora, estruturação espacial, coordenação oculomanual, envolvendo as habilidades manipulativas e cognitivas de associação (e.g.: objetos a cores); Exercícios de mobilização de segmentos corporais ou mudanças de posição (e.g.: deitado de decúbito ventral transversal); e finalmente exercícios específicos da equitação adaptada (e.g.: uso de rédeas); e
- *Fase Final:* diálogo final e ritual de saída (e.g.: saudar o cavalo pelo toque no dorso).

O técnico apresentou uma postura de mediação, adaptando as estratégias a cada cliente, utilizando como principais estratégias as instruções claras, feedbacks, demonstração e reforço, encorajando o toque no cavalo (e.g.: tocar com os calcanhares para o cavalo andar). Os objetivos gerais de intervenção destacaram o desenvolvimento das competências psicomotoras (e.g.: equilíbrio, controlo postural, coordenação motora, esquema corporal), cognitivas (e.g.: previsão, organização de sequencias motoras, concentração, permanência na tarefa), sociais (e.g.: promoção da autonomia e da relação interpessoal) e pessoais (e.g.: melhoria da autoestima, motivação, QdV).

Neste sentido, o grupo era heterogéneo e foram trabalhados, tanto objetivos da equitação terapêutica, como da equitação adaptada com os clientes com mais autonomia. Por vezes a sessão complementava um passeio a cavalo pelo clube, promovendo o bem-

estar e motivação do cliente, ao mesmo tempo desenvolvendo a equilibração, postura através da estimulação sensoriomotora e propriocetiva que os movimentos do cavalo transmitem, num meio diferente e mais irregular.

f) Surf na CERCICA – Surf Adaptado à Pessoa com DID

O Projeto de “Surf na CERCICA” – Surf Adaptado à Pessoa com DID, é dirigido aos clientes de CAO, teve início em 2012, e tem como parceiros o *Surfing Club Portugal*. As aulas são dinamizadas por 1 professor de surf e acompanhadas por 1 vigilante, 1 TSEER da CERCICA-CerMov e 1 monitor de transporte. No total foram apoiados 5 clientes.

Esta é uma atividade semanal (3º feira) com calendarização anual, repartida em três períodos fundamentais: de setembro a outubro, a atividade desenvolve-se no espaço praia; de novembro a abril, as aulas decorrem no ginásio da instituição; e de maio a junho voltam a decorrer na praia. Importante referir que as aulas de grupo em ginásio englobam a manutenção da condição física, com exercícios de trabalho muscular e tarefas relacionadas com as competências técnicas do surf, fazendo o *transfer* para a atividade (e.g.: deitar/levantar no step – treino da colocação de pé em cima da prancha).

A estagiária iniciou esta atividade como observação extra e começou a acompanhar e apoiar a técnica nas aulas de surf e posteriormente a dinamizar as aulas nas instalações da CERCICA. As sessões de surf seguiam uma estrutura-tipo:

- *Fase Inicial*: diálogo inicial (e.g.: conversa informal sobre o dia, perceber o estado emocional do cliente), tarefas de autonomia (e.g.: vestir o fato, guardar a roupa, buscar a prancha);
- *Fase Ativação Geral*: realização ou não de exercícios de cardiorrespiratórios (e.g.: corrida no areal ou espaço junto à escola) e transporte da prancha do espaço da escola para o areal (e.g.: trabalho de fortalecimento muscular e cooperação);
- *Fase Fundamental*: entrada na água com a prancha e cumprindo as regras de segurança; exercícios de equilíbrio e autonomia na prancha (e.g.: mudanças de posição – deitado/sentado, ou de joelhos e vice-versa, deitado/pé, deslocamentos com remadas alternadas e mudanças de direção); e
- *Fase Final*: saída da água, de forma autónoma e cumprindo as regras de segurança, transporte da prancha do areal para o espaço da escola e tarefas de autonomia (e.g.: guardar a prancha, despir o fato, trocar de roupa).

O surf, sendo um desporto individual, promove a disciplina, o respeito pelo outro e pela natureza, ao mesmo tempo que estimula a autoestima, a autoconfiança e da confiança no outro, com tarefas de cooperação e de socialização, com contributos essenciais em termos psicomotores (concentração, autocontrole, capacidade de decisão, equilíbrio,

coordenação motora, dissociação entre membros). Estes objetivos contribuem para o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo, da sua QdV e capacidade adaptativa. O foco da intervenção psicomotora passava por trabalhar de forma adaptada habilidades fundamentais da modalidade, com preocupação na autonomia pessoal nas tarefas, cumprimento de regras de segurança, desenvolver capacidade de resolução de problemas (e.g.: imprevisibilidades na prancha, adequação da postura, cair na prancha), promover os deslocamentos na água e a coordenação motora no geral. O acompanhamento individual foi necessário nos clientes com menos à vontade no meio e com a prancha, e nestes casos foram utilizadas diversas estratégias como demonstração, feedbacks, utilização de duas pranchas para dar mais estabilidade.

A observação e avaliação foram feitas em registos individuais, quer em termos de capacidades específicas da modalidade (ao cargo do instrutor de surf), quer em termos do seu desenvolvimento pessoal, social e das relações interpessoais, sendo, portanto, este último aspeto da responsabilidade da intervenção psicomotora.

g) Rugby “Oh Gui” – Rugby Adaptado à Pessoa com DID

O projeto “Oh Gui” – Rugby Adaptado à Pessoa com DID, consiste na realização de treinos regulares, durante todo o ano (1x/semana, 5ª feira), destinado aos clientes de CAO. Os treinos são dinamizados por 2 treinadores, 1 fisioterapeuta da modalidade e acompanhados pela TSEER da CERCICA, e 1 técnico do CRID que supervisionam os treinos, acrescenta-se ainda 1 motorista que faz o transporte da instituição para o local.

Os treinos decorriam no Dramático de Cascais, no campo interior ou no campo exterior, se as condições climáticas estiverem apropriadas, com 9 clientes da CERCICA e 9 do CRID. Este projeto apresenta como principais objetivos a prática regular de atividade física na comunidade, o conhecimento e a experiência da modalidade de rugby, por parte da população com DID, e a sua inclusão social e desportiva.

No geral, foram trabalhadas competências específicas da modalidade (e.g.: passe de bola, regras), sem descuidar os aspetos psicomotores transversais. A intervenção psicomotora passou pela adaptação de exercícios, planeamento de estratégias, promoção da autonomia pessoal (e.g.: balneário), competências sociais (e.g.: assiduidade, empenho e motivação, ajudar a levar e guardar o material), comportamentos adequados na atividade (e.g.: tolerância à frustração, autocontrolo, diminuir/eliminar comportamentos desajustados à situação e comportamentos agressivos), fomentar a relação com o outro (e.g.: relação com o colega de equipa, respeito pelos treinadores, colegas e outros, ajudar o outro e pedir ajudar) e desenvolver competências cognitivas (e.g.: cumprimento de regras e instruções, manter a atenção na tarefa).

Para avaliar as competências foi construída uma grelha de avaliação com domínios psicomotores, habilidades da modalidade e comportamentais. A estagiária observou os treinos, acompanhou a técnica, participou em reuniões do projeto em conjunto com os parceiros e ajudou os clientes durante os treinos. Em termos de estrutura, segue seis momentos fundamentais:

- *Balneário*: tarefas de autonomia (e.g.: vestir equipamento completo);
- *Fase Inicial*: ajudar a transportar o material; diálogo inicial (e.g.: cumprimentar os colegas, treinadores..., conversa informal, perceber estado emocional);
- *Fase Ativação Geral*: aquecimento, exercícios cardiorrespiratórios e de fortalecimento muscular (e.g.: corrida, abdominais, flexões);
- *Fase Fundamental*: trabalho das habilidades inerentes à modalidade de rugby e trabalho de regras de jogo (e.g.: passe de bola, placagens, dinâmica de jogo). Este trabalho é desenvolvido de forma progressiva ao longo da época;
- *Fase Final*: exercícios de alongamento, reflexão final do treino, grito do “*Oh Gui*”, ajudar a arrumar o material e fase de despedida dos colegas e treinadores; e
- *Balneário*: tarefas de autonomia (e.g.: desequipar, tomar banho...).

Concluída a apresentação da organização do estágio e da estrutura das sessões psicomotoras, serão apresentados, em seguida, de forma mais detalhada os grupos de intervenção e os estudos de caso.

1.6. Grupos de Intervenção

Dado o número elevado de apoios e clientes com quem se interveio a descrição de todo o trabalho será exemplificada com três estudos de caso que serão apresentados com maior pormenor, apesar de se terem concretizado as mesmas fases (observação, informação com estabelecimento da relação empática, avaliação inicial que permitiu o estabelecimento de objetivos a promover com a intervenção psicomotora da estagiária – em consonância com o plano de vida de cada sujeito, o programa psicomotor e a avaliação final com a reflexão dos progressos individuais) com todos os clientes.

Antes desta apresentação, a tabela 2 lista todos os clientes com quem se trabalhou bem como as suas principais características.

Tabela 2 - Grupo total de Clientes em Intervenção

	N	GÉNERO	IDADE	DIAGNOSTICO
CLIENTES EXTERNOS	7	M=4 F=3	7 - 13 anos	PEA = 3 PC=1 AGD=1 Prematuridade=1 s/ diagnóstico=1 AGD
CLIENTES ACORDO COOPERAÇÃO	12	M=10 F=12	6-12 anos	T21=1 PEA=4 AGD=3 Multidefiência=1 WAGR=1 PHDA=1 Dispraxia=1
CLIENTES CAO	48	F=21 M=27	18-52 anos	DID=29 T21=15 Microcefalia=1 PEA=3

2. Estudos de Caso

O estudo de caso servirá de exemplo para que possa compreender, explorar e descrever a metodologia de avaliação e intervenção adotada com todos os clientes. Os estudos de caso foram selecionados de entre os clientes acompanhados desde a primeira fase de intervenção de estágio e tendo como principal critério de seleção frequentar o apoio de hidroterapia. Toda a intervenção abrangeu procedimentos éticos, avaliação (inicial e final) que serviram para planear a intervenção a realizar e analisar o progresso dos clientes.

2.1. Procedimentos

Os procedimentos de intervenção obedeceram aos critérios éticos inerentes, tendo sido entregue à família o Consentimento Livre e Informado (Anexo A), no qual foi explicado o tipo de ação desenvolvida pela Estagiária, objetivos do estudo, instrumentos/protocolos de avaliação e suas finalidades e, por fim, a autorização para que todos os dados recolhidos e tratados fossem confidenciais e anónimos. Após o consentimento dos Encarregados de Educação e do próprio, procedeu-se à avaliação, passando pela aplicação da Escala do Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP – Santos e Morato, 2004) e Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático (Estudo Caso 1 e 2), aplicação do Inventário/Escala de Avaliação das Funções Executivas (IAFE - Versão para Pais e Professores, Gioia et al., 2000), Checklist de Avaliação Psicomotora em Terra e Checklist de Avaliação Comportamental (Estudo de Caso 3), que serão descritos em seguida.

2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

2.2.1. Escala do Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa (ECAP)

A ECAP, sendo uma revisão das escalas norte-americanas (Lambert, Nihira e Leland, 1993), avalia a independência pessoal e comunitária, os comportamentos sociais e a sua relação com o meio (Santos e Morato, 2012b). A ECAP foi adaptada à realidade portuguesa e validada, tendo sido ajustados alguns dos seus itens, enquanto resultado da análise das observações provenientes de uma série de investigações empíricas, relativamente aos diferentes componentes do CA (Santos, Morato e Luckasson, 2014).

A ECAP destina-se a pessoas com DID dos 6 aos 60 anos, com a identificação de áreas fortes e a promover para a elaboração de planos individuais (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b). Pode ser preenchida por respondentes que conheçam bem o avaliado no seu dia-a-dia (Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014). No caso dos estudos de caso a ECAP foi aplicada pela estagiária e terminada/revista por 2 técnicos de Reabilitação Psicomotora com contacto direto com os indivíduos noutros contextos.

A ECAP divide-se em duas partes (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014): a Parte I relacionada com as competências da independência pessoal, autonomia e responsabilidade quotidiana, é constituída por 10 domínios (*Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Sociabilização*); e a Parte II relativa à manifestação de problemas de personalidade e comportamentos desviantes agrupadas em 8 domínios (*Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social, Comportamento Interpessoal com Perturbações*).

Os resultados podem ser interpretados através da soma dos itens de cada domínio ou da soma dos fatores (Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014): a Parte I apresenta itens com complexidade crescente, no qual o valor mais alto corresponde à tarefa com maior grau de dificuldade; os restantes itens seguem uma dinâmica dicotómica (“sim” “não”) consoante o sujeito realize ou não a tarefa com sucesso. Na Parte II os comportamentos são avaliados consoante a sua frequência: 0=nunca, 1=ocasionalmente, 2=frequentemente, sendo o valor ótimo o “zero”, significando que o comportamento desajustado nunca ocorreu (Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2014). O “ocasionalmente” diz respeito a um comportamento que ocorre pelo menos 3 vezes por semana e “frequente” quando ocorre mais de três vezes por semana (Santos e Morato, 2012b).

As propriedades psicométricas da ECAP foram confirmadas (Santos, 2014; Santos et al., 2014) com bons valores de consistência interna em todos os domínios, ($.82 > \alpha < .98$), e fiabilidade, e com correlações moderada a forte entre os domínios. A análise fatorial exploratória apontou a existência de cinco fatores. Importante referir que é preferível a interpretação qualitativa de item a item dos dados para uma melhor e mais completa contextualização do indivíduo nos diferentes meios onde se insere.

2.2.2. Checklist de Observação em Meio Aquático

Para a avaliação em meio aquático foi elaborada a *Checklist de Observação em Meio Aquático* com base em grelhas e instrumentos de avaliação na área. O ensino da natação deve passar pela fase de adaptação ao meio aquático, onde são desenvolvidas as habilidades aquáticas básicas: equilíbrio, respiração, propulsão, imersão e manipulações de objetos (Pessoa, Yázigi e Gama, 2016). Matias (2001) considera que existem 3 fatores interligados para um movimento propulsivo: Flutuação (tonicidade, equilíbrio, postura), Respiração (emoção pela segurança afetiva e posteriormente segurança motora) e Propulsão (exploração, autonomia e praxia). Estas habilidades trazem segurança e autonomia ao indivíduo com vantagens ao nível psicomotor com o desenvolvimento da noção corporal, praxia global, estruturação espaciotemporal e noção rítmica que permitem a exploração a diferentes situações e adaptações para outros contextos de vida (Pessoa et al., 2016).

De acordo com a população-alvo em estudo recorreu-se ao Método de Halliwick (Gresswell e Maes, 2010) como proposta metodológica para o ensino da natação dos clientes centrado na CIF (OMS, 2004). Este método propõe uma progressão baseada em 4 princípios (ajustamento mental, reequilíbrio, inibição e facilitação), numa sequência de 10 aquisições (Gresswell e Maes, 2010): 1. Ajustamento Mental ou capacidade de responder de forma independente e ajustada a diferentes situações na água com a, consciencialização de um novo meio pela respiração; 2. Desligamento ou capacidade de se tornar mais independente a nível cognitivo e motor; Controlo das Rotações a nível (3) transversal, (4) sagital, (5) longitudinal e (6) combinada, permitindo a mobilidade e a segurança no meio aquático; 7. Impulso Ascendente percebendo que a água tem a capacidade de manter o corpo a flutuar puxando-o para cima (e.g.: apanhar objetos no fundo da piscina e deixar-se subir até à superfície); 8. Equilíbrio Estático com o domínio da posição horizontal – flutuação (e.g.: exercício da estrela do mar) 9. Deslize em Turbulência ou a capacidade de manter a flutuação e deslizar com o técnico a realizar turbulência sem fazer contacto físico; 10. Progressão Simples e Movimentos básicos de Natação através da iniciação de uma técnica propulsiva de acordo com as características morfológicas,

emocionais e psicológicas do indivíduo. Deve ser avaliado o nível de autonomia (motora e intelectual) nestes domínios bem como a necessidade de apoios e o desempenho comportamental, trabalhando-se, a planificação, coordenação motora, integração sensorial, comunicação, aprendizagem, competências sociais (e.g.: sessões em grupo) e bem-estar físico e psicológico (Gresswell e Maes, 2010).

Tal como referido, a elaboração desta Checklist resultou da análise de diferentes protocolos de avaliação no meio aquático tendo sido utilizados os fundamentos teóricos de Halliwick (Gresswell e Maes, 2010) e outras checklist que versavam as questões comportamentais (interação social, comunicação), psicomotoras (Lateralidade, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Motricidade Global); com domínios organizados de forma progressiva de aquisição das competências essenciais ao meio aquático (desinibição inicial, entradas e saídas da piscina, equilíbrio e flutuação, função respiratória, movimentos ativos na água, grau de interação), e de autonomia/segurança, respiração, equilíbrio, controlo rotacional e propulsão.

A Checklist elaborada para o estágio engloba 4 domínios fundamentais: **1. Atividades de vida diária** (autonomia e higiene no balneário); **2. Adaptação ao meio aquático** com 7 subcategorias: Contacto com a Água, Entradas e Saídas da Piscina, Função Respiratória, Imersão, Equilíbrio e Flutuação, Rotações e Deslocamentos; **3. Perfil Psicomotor** (tonicidade, lateralidade, noção corporal e estruturação espaciotemporal); e **4. Comportamento/Interação** com o técnico, na rotina da sessão e com os materiais, dividida em 5 subcategorias: Relação Interpessoal, Contexto de Jogo, Linguagem e Comunicação, Comportamentos, Interesses ou Atividades restritas ou repetitivas, Participação e Dinâmicas da Sessão.

A cotação dos dois primeiros domínios (AVD e Adaptação ao Meio Aquático) é feita por 4 níveis, desde 1=não realiza a tarefa/depende do técnico, demonstra receio/medo/insatisfação a 4=realização autónoma/demonstra satisfação no meio. No Perfil Psicomotor a avaliação mantém-se numa escala de 1 a 4, tendo os itens sido adaptados da Bateria Psicomotora (BPM) com critérios de desempenho específicos. No Domínio do Comportamento/Interação a cotação é dicotómica: o “Sim” corresponde à cotação de 1 e o “Não” à cotação de 0.

As “Observações” desempenharam um papel importante na avaliação, uma vez que importa especificar quando o indivíduo não verbaliza (NV), se determinado item não se aplica ao indivíduo (NA) ou determinado comportamento relevante no momento da avaliação. A avaliação contribuiu para o estabelecimento do perfil psicomotor para a

planificação da intervenção neste meio, visando-se a redução sistemática dos apoios. Foi privilegiada a observação direta da qualidade de desempenho e adaptativa.

2.2.3. IAFE – Inventário/Escala de Avaliação das Funções Executivas (Versão para Pais e Professores)

A IAFE versão portuguesa do Instrumento BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function*, Gioia et al., 2000), foi aplicada no âmbito do estudo de caso 3 e consiste num questionário para pais e professores para avaliar as funções executivas em crianças e jovens dos 5 aos 18 anos, assente numa abordagem ecológica do indivíduo, tendo em conta situações do quotidiano em casa e na escola.

Os questionários são compostos por 86 questões organizadas em 8 escalas clínicas correspondentes às FE's: inibição, shift, controlo emocional, iniciativa, memória de trabalho, planeamento, organização de materiais e monitorização. Em cada questão, os pais e professores devem assinalar as opções “Nunca” (=1pt), “Às Vezes” (=2pt) e “Frequentemente” (=3pt) consoante a manifestação do comportamento observado. As subescalas clínicas dão origem a 3 Índices: Regulação Comportamental - habilidade para mudar, modulando a expressão emocional e comportamental pela via da inibição (soma das escalas da Inibição, Shift e Controlo Emocional); Metacognição - capacidade de se auto-organizar nas tarefas e monitorização da prestação (soma das escalas da Iniciativa, Memória de trabalho, Planificação, Organização de Materiais e Monitorização); e Resultado Global que é soma dos índices anteriores (Gioia et al., 2000).

A IAFE inclui ainda duas escalas que objetivam a validade dos questionários: Inconsistência das respostas semelhantes e pode ser aceitável (≤ 7), questionável (=8) ou inconsistente (≥ 9) (neste caso os questionários devem ser revistos e procuradas razões para tal); e Negativismo, medindo as respostas negativas face a amostras clínicas com pontuações acima de 5 para um negativismo elevado, o que pode influenciar o protocolo (nota: a omissão de 2 ou mais itens na mesma subescala ou a omissão de mais de 14 itens no total invalida a interpretação do questionário) (Gioia et al., 2000).

Cada escala clínica apresenta um valor bruto que deve ser transformado em *T-score* e percentil de acordo com a idade e género do indivíduo. Se o *T-score* for superior a 65 existe um comprometimento nesse domínio da Função Executiva (Gioia et al., 2000). A interpretação deve ser feita pelos *T-scores*, mas deve realizar-se uma interpretação detalhada dos comportamentos nos dois contextos (Gioia et al., 2000).

Em relação às propriedades psicométricas, o instrumento apresenta uma consistência interna elevada para ambos os formulários de Pais e Professores ($.80 > \alpha < .93$), uma correlação moderada entre os formulários de pais e professores (média global, $r =$

0.32), mas baixa para duas das escalas (Iniciativa $r = .18$; Organização de Materiais, $r = .15$) e elevada validade entre os itens (Gioia et al., 2000).

2.2.4. Grelha de Avaliação Psicomotora e Comportamental

A avaliação psicomotora procurou estabelecer uma relação entre o comportamento e os 7 fatores psicomotores através de um conjunto de tarefas e situações que permitiram o estabelecimento do perfil psicomotor intraindividual e a consequente organização da intervenção, tendo sido elaborada uma Grelha de Avaliação Psicomotora.

A grelha utilizada divide-se em 9 Domínios, subdivididos em itens relacionados com os fatores psicomotores e aspetos cognitivos e motores: Tonicidade (hipotónico, eutónico e hipertónico), Controlo Respiratório, Equilíbrio (Imobilidade, Equilíbrio Dinâmico), Lateralização (Primária e o Outro), Noção do Corpo (Identificação das partes do corpo em si e no outro, Nomeação das Partes do Corpo e Cruzamento da Linha Média), Estruturação Espaço-Temporal (Organização Espacial, Estruturação Dinâmica e Rítmica, Imitação de Gestos), Praxia Global (Gatinhar, Marcha, Corrida, Subir/descer degraus, coordenação oculomanual e oculopodal), Praxia Final (Desenroscar/Enroscar, Fazer um nó, Tamborilhar) e Competências Cognitivas (Conceitos Temporais/ Espaciais e Básicos e Reconhecimento e representação de Expressões).

A cotação varia entre 1 a 4, e cada item tem critérios de desempenho próprios especificados no protocolo de avaliação. Na Ficha de Registo é importante o preenchimento da parte de Observação Direta e devem ser selecionados se existem comportamentos desviantes, sorrisos, dismetrias, movimentos involuntários, entre outros.

A Grelha de Avaliação do Comportamento teve como objetivo recolher dados sobre os comportamentos da criança nas tarefas e modelar a intervenção no sentido de diminuir comportamentos disruptivos e promover condutas adequadas. O instrumento divide-se em duas partes: a primeira é constituída por 9 domínios: Relações Emocionais, Autoconfiança, Tipo de Atividade, Relaxação, Controlo do Movimento, Capacidade de Atenção, Expressão Corporal Comunicação Verbal e Regras Sociais e a pontuação varia de +3 a -3 correspondendo o 0 ao comportamento adequado; a segunda parte diz respeito à Interação com os Pares (9 itens), Comunicação Interpessoal (Verbal e Não Verbal – 6 itens), Resolução de Problemas (4 itens) e Assertividade (8 itens) e a sua cotação é qualitativa (Sempre, Frequentemente, Ocasionalmente ou Nunca).

Em seguida, serão apresentados os 3 estudos de caso: caracterização do caso, apresentação e discussão dos resultados, e recomendações para a intervenção.

2.3. Apresentação dos Estudos de Caso

O presente estudo foi realizado, inicialmente, com dois clientes da CerMov, do Acordo de Cooperação e a frequentar 1x/sem o apoio em hidroterapia. A meio do estágio a cliente L. R., por motivos de saúde, saiu do apoio sendo introduzido um terceiro estudo de caso.

2.3.1. Estudo de Caso I- a L.R.

2.3.1.1. Caracterização da Cliente

A L.R., de 10 Anos (23 de janeiro de 2015), é uma menina sorridente e afetiva com outros, apresenta uma estrutura magra e uma fraca musculatura corporal. Apresenta Síndrome de Wagr com cegueira. Em termos de relação, a L.R. reage à presença dos outros perguntando quem são e qual o seu nome, iniciando diálogo autonomamente. Identifica e segue, autonomamente as vozes que lhe são familiares, particularmente com quem mantém uma relação de rotina, como a voz da monitora de balneário, monitor de transporte da CERCICA e da Técnica. É uma menina que gosta das suas coisas e de canções e demonstra uma boa memória quando as tarefas são associadas a canções que ela gosta. Contudo, perante situações novas e diferentes reage mal à frustração, fazendo por vezes birras.

Em termos de desenvolvimento, a L.R. não controla os esfíncteres, mas pede algumas vezes para ir à casa de banho. Apresenta dificuldades no equilíbrio, a sua postura é arqueada com os ombros a tender para a frente. Na marcha, precisa de ajuda física para se dirigir aos locais e anda com os pés muito afastados. Em termos de autonomia, precisa de ajuda física para orientar as tarefas, mas reage bem às instruções verbais que lhe são dirigidas como abotoar/desabotoar o casaco, calçar/descalçar os sapatos. Note-se que apresenta noções de orientação nos locais que lhe são comuns como a receção, o balneário e o cais da piscina.

Atualmente frequenta a escola EB1/ JI da Galiza, S. João do Estoril na unidade de multideficiência. Vive com a mãe e pai no meio urbano e frequenta terapia ocupacional e terapia da fala pelo CRI. Iniciou a intervenção na CERCICA no ano letivo de 2014/2015 com apoio em hidroterapia, através do acordo de cooperação, e terminou a intervenção em fevereiro devido a uma cirurgia nos adenoides e ouvidos.

2.3.1.2. Apresentação e Análise dos Resultados da Avaliação Inicial

Uma vez que a L.R. deixou de frequentar a intervenção em meio aquático em fevereiro, a seguinte apresentação refere-se aos resultados obtidos nas duas Checklists de Observação (Meio Aquático e ECAP), no momento de avaliação inicial. Os resultados

(tabela 3) apresentam dois valores principais: pontuação máxima e a pontuação obtida pelo estudo de caso.

Em termos de adaptação ao meio aquático a L.R. apresenta bons resultados no *Contacto com a Água* e nos *Deslocamentos Verticais*. Apesar das dificuldades visuais reage bem à água, explorando o meio com facilidade seguindo a voz de referência e respeitando as instruções verbais.

a) Checklist de Observação em Meio Aquático

Tabela 3: Valores obtidos pela LR nas Parte I e II – Adaptação ao Meio Aquático e Perfil Psicomotor

Domínios da Parte I e II: – Adaptação ao Meio Aquático	Avaliação Inicial	Pontuação Máxima
Autonomia e Higiene	22	36
Contacto com a Água	28	36
Entradas e Saídas	9	28
Função Respiratória	9	28
Imersão	10	24
Equilíbrio e Flutuação	18	28
Rotações	10	24
Deslocamentos Verticais	11	20
Deslocamentos Horizontais	2	8
Deslizes	10	24
Movimentos Propulsivos	12	36
Domínios da Parte III – Perfil Psicomotor		
Tonicidade	3	4
Lateralidade	2	12
Noção do Corpo	11	12
Estruturação Espaço-Temporal	6	12
Domínios da Parte IV – Comportamento e Interação		
Relação Interpessoal	10	15
Contexto de Jogo	1	3
Linguagem e Comunicação	5	7
Comportamentos, Interesses/Atividades Restritas/Repetitivas.	7	17
Participação e Dinâmicas da Sessão	4	6

Desta forma, revela à vontade nos deslocamentos verticais, nomeadamente na marcha. Ao nível da *Autonomia* e *Higiene* precisa de ajuda física para realizar as tarefas mais complicadas (e.g.: banho ou entradas e saídas do balneário e piscina) e nas restantes tarefas (e.g. calçar/descalçar os chinelos, guardar os chinelos, despir) necessita de instrução verbal e de algum tempo apesar de autónoma.

Nos restantes domínios registam-se dificuldades, observando-se resistência à posição de decúbito ventral (DV) e dorsal (DD), precisando de apoio de flutuadores e ajuda física. Através da observação informal nas sessões em meio aquático, L.R. apresenta uma postura rígida na maioria das tarefas (hipertonicidade nos Deslocamentos Verticais e Horizontais), apresentando movimentos das mãos, chapinhando na água, mantendo o

corpo contraído e os MI em flexão em DV. Quando lhe é pedido realiza apenas a expiração bucal, imergindo a face parcialmente, sendo a *Função Respiratória* e as *Imersões* uma área menos forte da L.R.

No Perfil Psicomotor, a L.R. apresenta bons resultados na *Noção do Corpo*, apresentando, quando questionada, uma correta imagem corporal nomeando e indicando as diferentes partes do seu corpo. No domínio da *Estruturação Espacio-Temporal* a L.R. orienta-se, autonomamente, seguindo a voz da técnica e compreende a localização na piscina, demonstrando consciência das relações de tempo precisando de reforço verbal para responder. A *Lateralidade* é a área mais fraca nesta parte.

No âmbito da Parte III o domínio mais forte é da *Relação Interpessoal*, no qual revela reagir adequadamente ao contacto físico, e à voz do adulto, inicia interação social, reconhece e sabe o nome do técnico e aceita as suas sugestões. Por vezes reage mal à frustração e a mudanças na rotina da sessão acabando por fazer birras e resistir às tarefas. Conhece as diferentes partes da sessão e pede para fazer a tarefa que mais gosta, compreende as ordens até duas instruções. Na *Linguagem e Comunicação* a L.R comunica verbalmente através de frases simples e por vezes repete algumas expressões que ouve, mas não consegue manter um diálogo. Na posição sentada demonstra algumas estereotipias como balançar o tronco para frente e para trás enquanto toca nas mãos e chapinhar com as mãos na água. No que respeita ao item da sensibilidade (Domínio D), reage adequadamente aos barulhos, mas não ao toque físico e texturas diferentes. No domínio da *Participação e Dinâmica da Sessão* a principal dificuldade é a permanência da L.R na tarefa sendo este um dos principais objetivos de intervenção.

b) Escala de Comportamento Adaptativo

Tabela 4 - Valores obtidos pela L.R.. no momento avaliação de inicial da ECAP

ECAP – Domínios Parte I	Avaliação Inicial	Pontuação Máxima
Autonomia	31	130
Desenvolvimento Físico	20	38
Atividade Económica	0	30
Desenvolvimento da Linguagem	18	50
Números e Tempo	3	20
Atividade Doméstica	0	25
Atividade Pré-Profissional	0	11
Personalidade	6	23
Responsabilidade	2	11
Socialização	9	26
ECAP – Domínios da Parte II		
Comportamento Social	6	92
Conformidade	3	66
Merecedor de Confiança	0	60

Comportamento Estereotipado e Hiperativo	17	98
Comportamento Sexual	2	23
Comportamento Autoabusivo	2	52
Ajustamento Social	9	44
Comportamento Interpessoal Perturbado	6	72

A L. R., apresenta valores inferiores no domínio da *Autonomia*, com dependência total de outra pessoa no banho, lavagem dos dentes e higiene pessoal. No entanto, através de instruções verbais consegue despir e vestir as roupas, desabotoando ou abrindo os fechos, calçando/descalçando os sapatos. Em termos de deslocação, orientação, cuidados com a aparência e segurança nos locais públicos a L.R. é totalmente dependente de outra pessoa. É importante referir que o presente domínio teve 5 itens sem resposta - na alimentação, que podem influenciar negativamente a pontuação total. A *Atividade Económica, Doméstica e Profissional* apresentam o valor de 0 e este facto pode ser explicado pela limitação física que apresenta e por não apresentar idade suficiente para adquirir os comportamentos descritos nos itens.

No *Desenvolvimento Físico*, apresenta dificuldades no equilíbrio, na coordenação oculo-manual/podal e na praxia fina. Em termos de postura e tónus, a L. não revela um bom nível de eutonia (hipertonia), os seus ombros pendem para a frente com as costas arqueadas, marcha com os pés muitos afastados e com as pontas dos pés viradas para dentro ou para fora. Contudo, consegue subir e descer escadas sozinha com alternância de pés e aponta com exatidão todas as partes do seu corpo quando solicitada, mas sem apresentar uma lateralidade definida.

No *Desenvolvimento da Linguagem*, a L.R. apresenta algumas dificuldades na expressão de sentimentos, desejos e necessidades apenas por ruídos vocais e expressão do corpo (resistência ao movimento). O discurso é baixo, fraco com utilização de frases simples e por vezes repetitivas. Por outro lado, não apresenta dificuldades em interagir com o outro, respondendo quando abordada. Nos *Números e Tempo* conta objetos, dizendo “Um...Dois”, com reforço e apenas discrimina a “manhã” da “tarde”.

No domínio da *Personalidade*, a L.R. explora o envolvimento, denota interesse nas coisas e participa em atividades de recreação organizadas para ela, apesar de precisar de apoio/reforço constante na maioria das tarefas, não demonstra iniciativa, motivação e participação ativa numa tarefa com dificuldades em manter a sua atenção por mais de 5 minutos. A L.R. não denota sentido de *Responsabilidade* no geral, mas por vezes demonstra preocupação pelos seus objetos pessoais, procura e aceita ajuda nas instruções. Em termos de Socialização apesar da relação, reconhecimento e interação com

a sua família e pessoas mais próximas ser boa, observam-se dificuldades na interação em grupo, participando nas atividades quando encorajada.

No que concerne à Parte II, é possível observar, que a L.R. não apresenta comportamentos desajustados na maioria dos itens, destacando-se apenas comportamentos/birras temperamentais quando não consegue o que quer, dificuldades em prestar atenção às instruções, recusa em cumprir certas atividades atribuídas e dificuldades em iniciar uma tarefa imediatamente depois da instrução. Apresenta alguns *Comportamentos Estereotipados* como o tamborilar com os dedos continuamente, sincinesias, movimentos constantes com as mãos, movimentos para trás e para frente com o tronco, abanar os MS repetidamente, aperta e agarrar o outro com força excessiva, repetir continuamente uma palavra ou frase, tendência para pôr tudo na boca e cheirar objetos quando os manipula mantendo-se nesta atividade durante algum tempo. Alguns itens ficaram sem resposta e esta omissão poderá ter influenciado, em termos quantitativos, o desempenho da cliente. Posto isto, com base na análise dos resultados obtidos, procedeu-se à construção do programa de intervenção para a L.R.

2.3.1.3. Programa de Intervenção

Tal como foi referido anteriormente, a L.R. beneficiou de apoio em hidroterapia individual, pelo que o planeamento realizado pela estagiária foi em meio aquático, dando continuidade ao trabalho que vinha a ser realizado. A Intervenção Autónoma teve início a 11 de novembro de 2015 até ao dia 25 de fevereiro, num total de 13 sessões de 30min, realizadas semanalmente. A primeira sessão englobou a avaliação inicial, com o estabelecimento do Perfil Psicomotor Intraindividual da L.R (tabela 5), e nas seguintes foi aplicado o plano de intervenção psicomotora. Uma vez que a cliente interrompeu o apoio a meio do ano letivo, serão expostos, apenas, os objetivos estabelecidos, assim como uma sessão tipo da intervenção realizada.

Tabela 5 - Perfil Intraindividual, Estudo de Caso I (Áreas Fortes e Áreas a desenvolver)

ÁREAS FORTES	ÁREAS A DESENVOLVER
Familiarização com o Meio Aquático	Equilíbrio e Flutuação
Conhecimento da Rotina da Sessão	Rotações
Autonomia nos Deslocamentos Verticais	Imersões
Noção Corporal	Controlo Respiratório
Relação Interpessoal	Permanência na tarefa
Autonomia nas entradas e saídas da piscina	Participação ativa na sessão
Estruturação Espaço Temporal	Lateralidade
	Tolerância à frustração

Em seguida foram delineados, objetivos de intervenção (gerais e específicos), considerando os objetivos pré-estabelecidos para a L.R. no ano letivo transato e que ainda

não se encontravam adquiridos, e as principais estratégias (tabela 6), destacando-se o caráter reajustável ao longo do processo interventivo, sempre que necessário, de acordo com as observações e processo de avaliação contínua que é realizada.

Inicialmente, manteve-se a rotina da sessão prévia, para facilitar a relação entre L.R. e estagiária e dar continuidade ao trabalho anterior. De forma gradual, foram introduzidas novas tarefas associadas a novas lengalengas, tendo a L.R. correspondido de forma positiva surgindo, assim, uma nova rotina de sessão. L.R. era curiosa e entusiasta pela piscina e pelo conhecimento da rotina. Os movimentos estereotipados eram evidentes e constantes (e.g. bater com mãos na água, movimento dos dedos), apresentava hipertoncidade e contração muscular geral.

Tabela 6 - Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias de Intervenção (Estudo de Caso I)

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Estratégias
Promover a autonomia	Manter a autonomia na entrada e saída da piscina Promover a autonomia nos deslocamentos verticais livres na piscina	Rotina, instrução verbal simples e clara e ajuda física parcial Reforço verbal, orientação pela voz, supervisão próxima
Melhorar o Controlo Respiratório	Promover as expirações bucais e nasais no meio aquático	Instrução verbal simples e clara, reforço verbal, demonstração (reconhecimento pelo som das “bolhinhas”)
Melhorar o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio vertical Melhorar o equilíbrio em decúbito (dorsal e ventral) Fortalecimento da musculatura dos MI Promover o equilíbrio nas rotações (vertical para ventral e dorsal para vertical)	Reforço verbal, utilização de flutuadores, utilização de lengalengas e ajuda física
Melhorar Competências Intrapessoais	Compreender ordens relacionadas com as tarefas Associar a lengalenga à tarefa Conhecer a rotina da sessão Identificar o material utilizado	Rotina de sessão, nomeação dos materiais, verbalizar as lengalengas, reforço verbal
Promover Participação	Potenciar foco de atenção na tarefa enquanto a realiza Promover a permanência nas tarefas até ao seu fim	Reforço e incentivo verbal, rotina de sessão
Promover competências Sociais	Promover o diálogo entre cliente e estagiária Cumprimentar à entrada e saída de sessão	Reforço Verbal e incentivo

2.3.1.4. Conclusão

Os objetivos da intervenção com a L.R. centraram-se sobretudo nas questões de melhoria no ajustamento e autonomia no meio aquático, fortalecimento da musculatura dos MI, alinhamento corporal e habilidades básicas (e.g. equilíbrio, rotações, controlo respiratório e deslocamentos). A sua participação e desempenho nas atividades, foi variável, pois os seus comportamentos de resistência sofriam grandes variações.

A relação terapêutica, foi progressivamente construída, aspeto observável através do reconhecimento da voz da estagiária e aceitação do toque por parte da estagiária, da cooperação nas tarefas propostas e na participação ativa e na memorização das dinâmicas e lengalengas novas inseridas, pela estagiária, na rotina da sessão.

No início das sessões era necessário reservar um tempo para a adaptação ao meio, através de deslocamentos verticais (e.g. marcha à volta da piscina), sendo essencial para a relação e confiança na estagiária, procurando-se manter o diálogo, permanecer na tarefa, estimular o controlo postural, equilíbrio e controlo respiratório (i.e.: expiração bucal). Durante esta fase, a L.R. orientava-se, de forma autónoma, seguindo a voz da estagiária. As principais dificuldades foram na passagem da posição vertical para decúbito e a sua permanência até ao seu término. Os apoios foram adaptados utilizando flutuadores (e.g. rolo e prancha) para ajudar o desempenho. Inicialmente, L.R. começou por resistir à posição de DD e DV, contraindo os MS e membros inferiores (MI) e resistindo à ajuda física da estagiária. Privilegiaram-se as lengalengas durante os deslizes, pedindo à L.R. que participasse também no seu canto, tendo sido notável, no decorrer das sessões, uma maior adesão, cooperação, permanência na tarefa e menor resistência ao movimento.

Com a introdução de uma nova tarefa e nova lengalenga L.R. demonstrou-se mais motivada, cumprindo todas as instruções e aceitando mais facilmente as tarefas: com o tempo já conhecia a nova rotina e iniciava a lengalenga autonomamente depois da instrução para realizar a tarefa.

Uma vez que a aluna interrompeu o apoio a meio do ano, não foi possível observar evoluções consistentes nas aquisições nem realizar uma avaliação final, tendo sido verificados, por observação direta nas sessões, ligeiros progressos com paragens e regressões: as dificuldades em termos de equilíbrio mantiveram-se, mas a sua capacidade de manter a atenção focada melhorou, bem como a sua participação e cooperação na sessão e relação social (progressivamente menos necessidade de feedback constante, embora o acompanhamento tenha que ser mantido de forma direta durante toda a tarefa).

Em termos de contextos de intervenção, o meio aquático surge como um contexto de intervenção privilegiado para a L.R., tanto pela sua aceitação, como por ser um meio facilitador em termos de contacto com o outro, perceção de si e desenvolvimento de uma série de capacidades sensoriais, percetivas, motoras e adaptativas (Matias, 2010), para além de constituir um espaço que promove a exploração livre e autónoma e uma maior liberdade de movimentos (Candeloro e Caromano, 2007; Reis, 2008). Por tudo isto, em termos futuros, considera-se importante que a L.R. retome este apoio de preferência num período de tempo mais prolongado.

A abordagem deste caso deu particular atenção às possibilidades e potencialidades de L.R. para o sentimento de competência e sucesso, visando uma aprendizagem progressiva, segura e efetiva. De seguida, será apresentado o segundo estudo de caso.

2.3.2. Estudo de Caso II – o L. V.

2.3.2.1. Caracterização do Cliente

O L.V. é um menino de 10 anos (15 de janeiro de 2005), carinhoso, simpático com um sorriso contagiante, de estrutura forte e brincalhão quando interagem com ele. Foi-lhe diagnosticado PEA aos 3 anos, não tendo outros problemas de saúde desde então, exceto o internamento por salmonelas e desidratação. Não toma medicação e desde cedo começou a frequentar sessões de Terapia da Fala. A sua linguagem é simples, mas clara, o seu tom de voz é baixo e fala só quando alguém interage com ele.

Apresenta uma rotina bem estabelecida, acordando por volta das 7h.30 e deitando-se por volta das 21:30/22h. As suas brincadeiras preferidas são jogos de computador, consulta de livros e revistas e navegar pela internet. Interessa-se por atividades físicas, principalmente aquelas que envolvem uma bola e com ela gosta de driblar e encestar ao cesto. Quanto às tarefas de vida diária, é autónomo na alimentação, e nas tarefas de higiene, demorando o seu tempo a concretizá-las, apresenta dificuldades em apertar os botões, e atar os ténis. Raramente demonstra comportamentos desajustados como birras ou chorar sem razão aparente. Em termos de estereotípias, frequentemente, abana o tronco para trás e para frente e movimenta as mãos quando gosta de alguma coisa em específico. Atualmente o L.V. vive com os pais, avó e irmão mais velho, frequenta o 5º ano na Escola da Alapraia (Estoril), em ensino estruturado beneficiando de um Currículo Educativo Individualizado (CEI). Em termos de apoios terapêuticos, frequenta aulas de Equitação, sessões de Psicomotricidade na escola por uma clínica de Psicomotricidade e o apoio em hidroterapia na CERCICA.

2.3.2.2. Apresentação e Análise dos Resultados

A apresentação dos resultados obtidos na Checklists de Observação em Meio Aquático e na ECAP, nos dois momentos de avaliação inicial e final seguem a mesma lógica do caso anterior. O instrumento em meio aquático foi aplicado por observação direta (nos dois momentos) e a avaliação adaptativa foi recolhida com base na informação do TSEER que acompanha o L.V. em contexto de ATL).

O Domínio da *Autonomia e Higiene* apresenta a pontuação mais elevada e não sofreu alteração. O L.V. é autónomo nas rotinas de vestir/despir, no balneário e na sua higiene pessoal, apesar de demorar tempo a concretizar estas tarefas. Na adaptação ao

meio aquático, inicialmente, demonstrou receio e insegurança com uma postura contraída, sem atitude de exploração e com dificuldades em tolerar os salpicos na cara, pelo que o *Contacto com a Água* é um dos domínios com menos pontuação. Por outro lado, estes comportamentos melhoraram e o L.V. começou a revelar mais à vontade na água, imergindo diferentes partes da face quando pedido e explorando o meio com mais facilidade e satisfação, verificando-se um aumento da pontuação neste domínio.

As *Entradas/Saídas* e *Função Respiratória* não sofreram alteração: o L.V. é autónomo na entrada/saída da piscina pelas escadas e pela berma na posição de sentado, apesar de não realizar a entrada através de salto/mergulho mesmo com ajuda física. No entanto, estas competências não foram consideradas fundamentais na intervenção. A *Função Respiratória* é um dos objetivos a atingir dado ser a base para a adaptação ao meio aquático, sendo um. O L.V. revela dificuldades na respiração bucal e nasal, mesmo sem a imersão da face, observando-se um sopro fraco e descontínuo; esta competência não revelou alterações em termos quantitativos.

Tabela 7 - Resultados obtidos pelo L.V. nas Parte I e II – Adaptação ao Meio Aquático e Perfil Psicomotor

Domínios da Parte I e II: Adaptação ao Meio Aquático	A. Inicial	Pontuação Máxima	Av. Final
Autonomia e Higiene	35	36	35
Contacto com a Água	19	36	28
Entradas e Saídas	18	28	18
Função Respiratória	12	28	12
Imersão	13	24	14
Equilíbrio e Flutuação	22	28	24
Rotações	12	24	14
Deslocamentos Verticais	19	20	19
Deslocamentos Horizontais	4	8	5
Deslizes	13	24	16
Movimentos Propulsivos	14	36	21
Domínios da Parte III – Perfil Psicomotor			
Tonicidade	2	4	2
Lateralidade	11	12	11
Noção do Corpo	12	12	12
Estruturação Espaço-Temporal	11	12	11
Domínios da Parte IV – Comportamento e Interação			
Relação Interpessoal	9	15	15
Contexto de Jogo	1	3	2
Linguagem e Comunicação	4	8	6
Comportamentos, Interesses/Atividades, Restritas/Repetitivas, .	11	17	13
Participação e Dinâmicas da Sessão	4	6	4

Na *Imersão*, o L.V. imerge a face e o corpo parcialmente, apanha objetos no fundo da piscina com imersão parcial e com reforço verbal e desloca-se em decúbito ventral em

imersão parcial só com apoio de flutuadores. A principal alteração para a avaliação final centrou-se na tarefa de apanhar os objetos no fundo da piscina, em imersão parcial, que passou a fazer de forma autónoma sem ajuda física e reforço verbal constante.

O *Equilíbrio e Flutuação* é um domínio forte e as suas principais dificuldades são ao nível das posições em decúbito, nas quais precisa de apoio de flutuadores e ajuda física, nomeadamente na posição de decúbito dorsal, tendo sido registada neste âmbito a principal alteração, realizando a tarefa só com apoio de flutuadores e reforço verbal.

Nas *Rotações* a principal dificuldade é na passagem da posição vertical para dorsal e vice-versa e nas passagens de dorsal para ventral e vice-versa. Houve uma melhoria no desempenho do L.V, na rotação na posição dorsal que passou a realizar sem ajuda física e apenas com apoio de flutuadores.

Nos *Deslocamentos* os itens com valores mais elevados reportam-se aos deslocamentos verticais, com autonomia, excetuando a corrida que não realiza. O L.V. não realiza deslocamentos horizontais em decúbito dorsal com movimentos propulsivos e em decúbito ventral, precisando de flutuadores e reforço verbal constante. Faz pernada durante o movimento e por isso o deslocamento não é eficaz, demorando muito tempo a cumprir a tarefa. Nas tarefas de deslizamentos ventrais, o aluno é autónomo com auxílio de prancha e realiza expiração bucal alternadamente. As principais mudanças verificaram-se nos apoios, i.e., flutuadores e ajuda física para apenas precisar de apoio de materiais. Sem deslocamento, o aluno não apresenta dificuldades em realizar o batimento de pernas, cumprindo a tarefa depois da instrução verbal e demonstração.

Relativamente ao Perfil Psicomotor (tabela 7), o L.V., apresenta bons resultados destacando-se a *Noção do Corpo* com pontuação máxima. O L.V. reconhece a direita e esquerda no outro e em si, mas demonstra dificuldades no transfer para o espaço da piscina e para as instruções relacionadas com a tarefa. O L.V. compreende a localização na piscina e desloca-se, autonomamente, segundo a orientação pretendida, apesar de não revelar consciência das relações de tempo (e.g. antes, depois, durante).

A principal mudança no comportamento do L.V foi na relação Interpessoal (tabela 7): o L.V. coopera nas atividades propostas, reconhece a estagiária, cumprimenta à chegada e saída e inicia interação social procurando brincar entre as tarefas com a estagiária. Em termos de *Contexto de Jogo*, não foi possível observar o jogo cooperativo, uma vez que as sessões eram desenvolvidas em contexto individual. Na *Linguagem e Comunicação* o aluno compreende ordens com duas ou mais instruções e responde a perguntas simples. No final as alterações registadas foram ao nível da comunicação espontânea e na expressão de necessidades, desejos e preferências.

O domínio dos *Comportamentos, Interesses ou Atividades Restritivas ou Repetitivas* sofreu alteração aproximando-se do valor máximo. O L.V. não apresenta interesses fortes por determinado objeto/atividade, apesar de revelar um interesse específico pelas atividades que envolviam brincadeira com bola. Não demonstra comportamentos disruptivos, de auto ou heteroagressão, com interesses adequados por qualidades sensoriais de materiais, reagindo adequadamente ao som e ao toque físico, mas não a barulhos. Reage bem a alterações nas rotinas, reconhece as diferentes fases da sessão, mas precisa de ser avisado antecipadamente das alterações nesta rotina. Por último, no domínio da *Participação e Dinâmica da Sessão* não houve alterações em termos de pontuação. Nesta área, o L.R revela uma boa participação na dinâmica da sessão, cumprindo e cooperando nas tarefas e permanecendo nelas até ao fim.

Tabela 8 - Valores obtidos pelo L.V. nos dois momentos de avaliação da ECAP

ECAP – Domínios Parte I	Avaliação Inicial	Pontuação Máxima	Avaliação Final
Autonomia	50	130	50
Desenvolvimento Físico	36	38	36
Atividade Económica	2	30	2
Desenvolvimento da Linguagem	28	50	28
Números e Tempo	10	20	10
Atividade Doméstica	0	25	0
Atividade Pré-Profissional	2	11	2
Personalidade	3	23	5
Responsabilidade	3	11	3
Socialização	13	26	13
ECAP – Domínios da Parte II			
Comportamento Social	6	92	6
Conformidade	9	66	8
Merecedor de Confiança	2	60	2
Comportamento Estereotipado e Hiperativo	8	98	8
Comportamento Sexual	0	23	0
Comportamento Autoabusivo	4	52	3
Ajustamento Social	13	44	12
Comportamento Interpessoal com Perturbações	4	72	3

Na ECAP, O *Desenvolvimento Físico* apresenta resultados próximos dos esperados (tabela 8), com boa audição e visão, bom desempenho em termos de equilíbrio, praxia fina, coordenação oculo-manual/podal, marcha e corrida e com a lateralidade definida. Não revela um bom nível de eutonia.

Os domínios *Atividade Económica, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional* são os que apresentam resultados menores, não tendo revelado alteração dado não terem sido estimulados. As principais aquisições do L.V. nestas áreas são ao nível do

reconhecimento de moedas, hábitos da escola, iniciativa e participação nas atividades recreativas. No entanto, verifica-se uma evolução, em termos quantitativos, na *Personalidade* e isto deve-se aos itens da iniciativa e passividade nos quais o L.V. revelou melhorias.

Nos restantes domínios (*Desenvolvimento da Linguagem, Autonomia, Responsabilidade e Socialização*) não se registaram evoluções também porque as competências inerentes não foram promovidas em contexto de meio aquático. Por outro lado, e comparando com a pontuação máxima o L.V. apresenta resultados fortes ao nível da autonomia na casa de banho, alimentação, expressão pré-verbal, escrita, compreensão de instruções verbais e leitura, e no domínio dos *Números e Tempo*.

Sobre a Parte II da ECAP (tabela 8), de uma forma geral, o L.V. apresenta bons resultados na maioria dos domínios, sem comportamentos disruptivos, auto-abusivos e de cariz sexual desajustados. Nos domínios do *Comportamento Auto-abusivo* e *Comportamento Interpessoal Perturbado* houve uma melhoria em termos quantitativos nos itens de auto-agressão e de reação às críticas, diminuindo os desajustamentos. No *Ajustamento Social*, os valores do L.V. estão mais próximos da pontuação máxima o que significa mais comportamentos desajustados, destacando-se a sua inatividade, timidez e maneirismos (e.g. anda em bicos nos pés). No *Comportamento Estereotipado*, o L.V., frequentemente, mexe ou abana partes do corpo repetidamente, mexe-se ou abana-se para trás e para frente e repete continuamente uma palavra ou frase. Por último, verifica-se que não existiram alterações na maioria dos domínios desde a avaliação inicial para a final, mantendo-se assim o mesmo nível de desempenho dos comportamentos adaptativos nos diferentes contextos de vida diária do L.V.

2.3.2.3. Programa de Intervenção

A intervenção autónoma com supervisão teve início a 23 de novembro dando continuidade aos objetivos já traçados no Plano Individual do cliente. Posteriormente, foi reservada uma sessão para a avaliação inicial, em meio aquático, com o instrumento construído pela estagiária, aplicado em janeiro por observação direta. A intervenção psicomotora durou até ao dia 22 de março, e a avaliação final aconteceu no final de maio também por observação direta. No total, o programa de intervenção perfazeu 17 sessões.

As sessões eram realizadas semanalmente, com duração de 30 minutos. De acordo com os resultados na avaliação inicial e dos objetivos do Plano Individual do L.V., definiu-se o seu Perfil Psicomotor Intraindividual com o estabelecimento das áreas fortes e áreas a desenvolver (tabela 9).

Tabela 9: Perfil Intraindividual, Estudo Caso II (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver)

Perfil Individual do L.V.	
Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Autonomia e Higiene	Familiarização com o Meio Aquático
Desenvolvimento Físico	Rotações
Deslocamentos verticais	Movimentos Propulsivos em Decúbito Ventral
Noção do Corpo	Controlo Respiratório
Lateralidade	Equilíbrio
Estruturação Espacio-Temporal	Imersões
Relação Interpessoal	Participação/Atenção na sessão

Após o estabelecimento do perfil, foram delineados objetivos de intervenção (gerais e específicos) e as principais estratégias ao nível dos aspetos funcionais e de autonomia no meio aquático (tabela 10), e das competências pessoais e sociais. De acordo com as observações e processo de avaliação contínua, o processo interventivo teve um carácter reajustável sempre que necessário.

Tabela 10: Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias (Estudo de Caso II)

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
Promover a Familiarização do Meio Aquático	Aceitar a Água na Face	Rotina da sessão, instrução verbal e demonstração
	Promover as Imersões	
Melhorar o Controlo Respiratório	Promover as expirações bucais no meio aquático	Instrução verbal simples e clara, reforço verbal, demonstração, jogos lúdicos com um objetivo final, material de interesse
Melhorar o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio em decúbito ventral Aceitar a posição de decúbito dorsal Promover o equilíbrio nos deslizos em decúbito dorsal	Reforço verbal, utilização de flutuadores, utilização de lengalengas e ajuda física
Movimentos Propulsivos	Melhorar os movimentos propulsivos em decúbito ventral	Rotina de sessão, instrução verbal, reforço verbal, jogos lúdicos com um objetivo final
Promover a Participação/Atenção	Potenciar o foco de atenção na tarefa enquanto a realiza Manter o foco de atenção na tarefa durante a sua execução. Cumprimentar à entrada e saída de sessão Desenvolver a participação ativa na sessão Promover a comunicação verbal	Reforço e incentivo verbal, rotina de sessão, jogos lúdicos.

Numa primeira fase de intervenção autónoma privilegiou-se a construção de uma nova rotina com o contacto com água através de imersões progressivas da face e deslocamentos inseridos em circuitos e jogos lúdicos, com especial atenção à relação.

O L.V demonstrou sempre receio por imergir a face e o corpo todo, mas com interesse pelos jogos e tarefas na água. Os movimentos estereotipados (com os MS)

apareciam sempre que se pedia para o L.V. mergulhar parte da face, apesar de não ter demonstrado medo ou insegurança. Ao longo das sessões foram utilizados materiais atrativos (e.g.: bola, argolas e números) e foram construídos circuitos dinâmicos para potencializar a funcionalidade do caso. As estratégias utilizadas com mais regularidade foram o incentivo verbal constante e a brincadeira que motivou o aluno a cumprir a tarefa.

As principais dificuldades sentidas foram as tarefas de deslocamentos em decúbito dorsal e nos movimentos propulsivos em ventral. Os apoios foram adaptados ao longo das sessões, utilizando materiais flutuadores (e.g. rolo e prancha, colchão) e óculos de piscina. Esta última adaptação trouxe vantagens na relação do L.V com a água e facilitou a imersão total da fase. Inicialmente, o L.V. começou por resistir à posição de decúbito dorsal, fletindo os MI, pelo que foi necessária ajuda física e reforço verbal para os deslizamentos. Houve alguns progressos na aceitação e realização da tarefa nesta posição.

Concluindo, os objetivos centraram-se sobretudo nas questões de adaptação ao meio aquático com as imersões progressivas, os deslizamentos e deslocamentos com movimentos propulsivos. As dificuldades em termos de imersões mantiveram-se, mas a participação na sessão e relação social melhorou, com a estagiária. Foi havendo menor necessidade de feedback constante, embora o acompanhamento tenha que ser mantido de forma direta durante toda a tarefa. Por último, a abordagem procurou dar particular atenção às possibilidades e potencialidades do L.V, para que cada atividade desenvolvida lhe proporcionasse uma experiência positiva, respeitando as suas necessidades e gostos, para uma evolução progressiva do seu desenvolvimento.

2.3.2.4. Discussão de Resultados e Conclusão

A intervenção psicomotora do L.V. procurou não só promover competências básicas de adaptação ao meio aquático, mas também desenvolver a sua capacidade de interação, iniciativa e participação ativa na sessão. Como referido (Halliwell, 2003; Vital, 2013) as crianças com PEA apresentam mais dificuldades na interação com o outro, na empatia, observando-se uma inflexibilidade cognitiva e comportamental. Nesta área, notou-se, uma evolução na relação interpessoal, comunicação espontânea e na expressão de necessidades, desejos e preferências, refletindo-se na construção de relação terapêutica baseada na empatia (Viegas, 2003). Efetivamente a intervenção psicomotora atuando num ambiente lúdico e de descoberta, oferece suporte para a criança exprimir os seus desejos, gostos, contribuindo a sua autoimagem, comunicação verbal e não-verbal (Viegas, 2003; Caliri, 2004; Lagrange, 1974).

Mais uma vez, o contexto de meio aquático surge como um meio fundamental para desenvolver competências psicomotoras, emocionais e sociais (Matias, 2010). Como se

verificou na avaliação final, o L.V. apresentou melhorias, nos domínios referentes à adaptação ao meio aquático (contacto com a água, imersão, flutuação, rotações deslocamentos), no equilíbrio, relação interpessoal, contexto de jogo e linguagem e comunicação. O L.V. revelou menos receio ao contacto com a água e mais autonomia na exploração do meio, demonstrando-se mais seguro e extrovertido. Estes resultados cumpriram os objetivos pré-estabelecidos para o caso, que privilegiavam a água como meio mediador de exploração de novas representações do corpo (Martins, 2010), paralelamente desenvolvendo competências básicas de adaptação ao meio aquático, consideradas fundamentais não só para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, mas também como fator de segurança (Corrêa e Massaud, 2004; Matias, 2005).

O meio aquático oferece um reajustamento corporal e controlo respiratório (Coleta, 2006; Matias, 2010) que pode ter influenciado estes resultados positivos ao nível das habilidades psicomotoras (equilíbrio, coordenação motora, noção corporal), competências cognitivas (atenção, criatividade, iniciativa, regulação de emoções) e sociais (comunicação interpessoal, autoconfiança) (Matias, 2005; Matias, 2010).

Neste contexto o reforço foi constante para que houvesse uma continuidade nas tarefas, e para manter a atenção nas mesmas, assim como a utilização de materiais para dar apoio na maioria das tarefas. Como principais estratégias positivas neste estudo de caso aponta-se, por um lado, a sequencialização das atividades, que promoveram um maior sentido de orientação e de autonomia nas sessões, bem como a repetição das tarefas, que contribuiu para uma maior evolução em termos de desempenho, adesão, permanência e autonomia; por outro lado, a possibilidade de criar jogos lúdicos com materiais de interesse para a criança, motivando-se para a realização das tarefas, e na exploração do espaço de uma forma semiestruturada, possibilitou a (auto)descoberta de uma série de potencialidades psicomotoras como referido anteriormente.

Importa ainda destacar que os dois estudos de caso, anteriormente referidos, pertencem ao acordo de cooperação e que por isso não tinham apoio durante as férias letivas, a não ser que os encarregados de educação os levassem à instituição. Assim, percebe-se que para uma intervenção completa seria necessária uma participação mais ativa da família, fazendo a ponte entre os objetivos em sessão e as dinâmicas familiares e escolares.

Concluindo, a abordagem ao estudo de caso, procurou seguir um plano individual com objetivos pré-estabelecidos, de acordo com as necessidades e características de cada criança, utilizando o meio aquático como contexto facilitador e mediador para uma aprendizagem progressiva baseada na segurança e efetividade.

2.3.3. Estudo de Caso III: Psicomotricidade em Meio Aquático - Intervenção em Pequeno Grupo

2.3.3.1. Enquadramento do Estudo

O presente estudo reflete a intervenção em meio aquático com um grupo de alunos de escolas do concelho de Cascais e que frequentavam a hidroterapia nos anos anteriores. A proposta de criação do grupo foi desenvolvida pelos técnicos que intervieram com as crianças, tendo por base as suas características comportamentais e o facto de frequentarem o apoio no mesmo horário, evitando, assim, complicações de logística.

O principal objetivo consistiu em avaliar a existência de transferência de competências de uma intervenção em meio aquático para o contexto da vida diária. Para isto, foi realizada uma avaliação psicomotora e comportamental em ginásio e uma intervenção em contexto de meio aquático. Os procedimentos de intervenção obedeceram aos mesmos critérios éticos reportados anteriormente. O papel da estagiária começou no início do projeto, colaborando com os técnicos na organização do estudo, entrevistas aos pais, planeamento e dinamização das sessões de intervenção. Neste sentido, e uma vez que o estudo de caso I abandonou o apoio, o grupo em intervenção tornou-se um estudo de caso.

2.3.3.2. Caracterização do Grupo

O estudo foi constituído por 4 crianças, entre os 6 e 10 anos com dificuldades ao nível da regulação emocional e comportamental (tabela 11).

Tabela 11: Caracterização do Estudo Caso III

CRIANÇA	IDADE	GÉNERO	HISTÓRIA DE VIDA	CARACTERÍSTICAS
T.B.	24/01/2006 10 Anos	M	- Vive com pais e irmão mais novo; - 3º ano c/adaptações curriculares; - Apoios: Terapia da Fala, Hidroterapia e Consulta de Saúde Mental - Centro de Saúde Cascais; - Medicação p/ comportamento;	Diagnóstico AGD Dificuldades em adaptar-se a novas situações Impulsividade Não reage bem quando é contrariado
M.B.	7/04/2009 6 Anos	M	- Vive com pais e irmão mais velho; - 1º ano c/adaptações curriculares; - Consulta de neuro-desenvolvimento (Alcabideche); - Apoio Terapia Fala.	Diagnóstico de AGD Comportamentos desajustados ocasionais e Impulsividade Gosta de computadores, brincar com carros e ver televisão

A.A.	12/08/2003 10 Anos	M	- Vive com pais (c/ doença prolongada) e 3 irmãos mais velhos; - 5º ensino estruturado (EE); - Medicação p/ o comportamento; - Seguido em consulta de desenvolvimento, pedopsiquiatria e neurologia;	Atraso no Desenvolvimento a nível cognitivo e comportamental ¹ Dorme com a irmã no sofá desde que o pai foi hospitalizado Não toma banho sozinho Não se adapta a novas situações Impulsividade e agressividade Gosta de jogar bola e computador
M.R.	13/12/2005 10 Anos	F	- Vive c/ mãe, avós maternos e a bisavó materna; - Frequenta o 3º ano EE; - Medicação: Rubifen, Concerta e Risperidona; - Seguido em consulta de Psicologia, Psiquiatria (Hospital da Luz) e Neurologia (Estefânia);	Diagnóstico aos 7 anos de PHDA Comportamentos desajustados, autoagressivos e birras Impulsividade Repete diálogos dos colegas e imita gestos de caráter sexual Brinca sozinha com bonecas e vê muita televisão Dorme sozinha c/ a mãe

2.3.3.3. Apresentação e Análise dos Resultados

A avaliação do grupo consistiu na aplicação da grelha de avaliação psicomotora e comportamental em ginásio e da Escala da IAFE, versão pais e professores. Os resultados (tabelas 12, 13 e 14) apresentam três valores principais: pontuação máxima e a pontuação obtida na avaliação inicial (A.I.) e avaliação final (A.F.).

a) **Checklist de Observação de Avaliação Psicomotora e Comportamental**

Tabela 12: Resultados obtidos pelo Grupo nos dois momentos de Avaliação Psicomotora

	T.B.			M.B.			A.A.			M.R.		
	A.I.	P.M.	A.F.	A.I.	P.M.	A.F.	A.I.	P.M.	A.F.	A.I.	P.M.	A.F.
Tonicidade												
Controlo Respiratório	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	2
Equilíbrio	9	20	12	10	20	11	12	20	12	12	20	15
Lateralização	5	12	6	6	12	6	12	12	12	8	12	8
Noção Corpo	12	20	14	11	20	10	13	20	16	14	20	16
Estruturação Espacio-Temporal	11	16	11	9	16	10	12	16	14	11	16	14
Praxia Global	27	36	24	20	36	24	24	36	25	30	36	29
Praxia Fina	12	16	12	10	16	12	11	16	13	13	16	14
Competências Cognitivas	15	16	16	10	16	12	15	16	16	16	16	16

Como podemos observar na tabela 12, o grupo apresenta bons resultados nos domínios das *Competências Cognitivas*, *Praxia Global* e *Lateralidade*. No entanto, notam-

¹ Descrição utilizada na ficha de sinalização da escola

se algumas dificuldades em alguns itens destes domínios, tais como a lateralidade referente ao outro, em lançar uma bola e na agilidade.

No *Controlo Respiratório*, o grupo revelou a pontuação mais baixa, não revelando melhorias no final da intervenção, exceto a M.R. No *Equilíbrio* o grupo apresentou dificuldades nos itens da imobilidade, evolução da trave e na marcha controlada. Por outro lado, como podemos observar na tabela 12 (valores a sombreado), duas das crianças (T.B. e M.R.) revelaram melhorias em termos quantitativos neste domínio. Também na *Noção do Corpo*, o grupo revelou melhorias, apresentando mais dificuldades no cruzamento da linha média, projeção no espaço e nomeação das partes do corpo. Quanto à *Estruturação Espaço-Temporal* o grupo revelou mais limitações na estruturação rítmica e imitação de gestos simples. Duas das crianças revelaram melhorias acentuadas neste domínio. Por fim, na *Praxia Fina* destacam-se as dificuldades nas tarefas motoras de fazer um nó e tamborilar, apesar, de no geral, os resultados terem sido próximos da pontuação máxima.

Em relação ao comportamento do grupo, a avaliação foi realizada apenas num primeiro momento de avaliação para direcionar a intervenção, adequar a mesma às características do grupo e perceber possíveis comportamentos desviantes. Assim, pela Checklist de Avaliação do Comportamento, o grupo revelou dificuldades ao nível da capacidade de atenção, cumprimento de regras sociais, no controlo da atividade, na autoconfiança e relações emocionais. Em termos de comportamento, o grupo demonstra dificuldades em ouvir as instruções até ao fim, cumprir regras de segurança (e.g. não correr, entrar pelas escadas de costas para a água) e de jogo, esperar pela sua vez na tarefa e em expressar as suas ideias quando questionados sobre uma atividade. Na interação com os pares, o grupo apresenta facilidade em interagir entre si principalmente em brincadeiras livres. Em termos de cooperação na atividade, as principais dificuldades destacam-se ao nível da interajuda e no trabalho em grupo para atingir um objetivo comum. Também nas tarefas dirigidas e estruturadas todos os elementos do grupo demonstram falta de iniciativa, participação e baixa reação à frustração.

Ao nível da comunicação, todos os elementos verbalizam, conseguem expressar as suas ideias, interesses, vontades e referem quando gostam ou não de uma tarefa. No que concerne aos comportamentos autoagressivos e de carácter sexual, a M.R. bate com os punhos no queixo, quando está perante uma situação que a frustra e frequentemente repete frases e palavras de cariz sexual. Ao nível da adaptação ao meio aquático, todos os elementos gostam de brincar na água e este é visto como um meio de bem-estar. Destaca-se apenas o comportamento do T.B. que revela muito receio em deslocar-se na água nas posições de decúbito, fazendo birras quando contrariado.

Por fim, em relação à autonomia, todos os elementos são autónomos nas tarefas de vida diária (vestir/despir, higiene, comer, entradas e saídas do balneário).

b) IAFE – Inventário/Escala de Avaliação das Funções Executivas

A aplicação da IAFE ao grupo em estudo teve como objetivo contextualizar a intervenção proposta, ou seja, não se procurou fazer qualquer diagnóstico ou retirar conclusões sobre o perfil clínico das crianças. De seguida, serão apresentados os resultados obtidos para ambos os questionários - versão para pais e professores. Primeiramente, é importante referir que o questionário para Pais da M.B. (tabela 13) apresentou no total 6 itens omissos não sendo possível, assim, retirar qualquer interpretação da mesma (quando o número de itens é superior a 2). Pode verificar-se que a maioria das crianças apresenta escalas clínicas com valores próximos do considerado significativo (T-score=65).

Tabela 13: Resultados Obtidos IAFE - Versão Pais

	T.B.		M.B.		A.A.		M.R.	
	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score
Inibição	19	57	10	-	16	51	28	74
Shift	17	67	10	-	13	53	22	65
Controlo Emocional	23	65	12	-	13	43	26	43
Iniciativa	12	47	8	-	17	63	18	49
Memória Trabalho	18	54	14	-	14	45	23	72
Planeamento	18	46	12	-	14	37	23	57
Org. Materiais	14	58	8	-	12	52	13	57
Monitorização	11	37	13	-	14	47	26	46
Escala de Inconsistência	4 (Aceitável)		-		8 (questionável)		4 (Aceitável)	
Escala de Negatividade	4 (Aceitável)		-		1 (Aceitável)		3 (Aceitável)	
Índice Reg. Comportamental	65		-		48		61	
Índice de Metacognição	48		-		47		58	

Para duas das crianças do grupo (T.B. e M.R.) as respostas dos pais indicam valores de *T-Scores* superiores a 65 nas escalas de *Shift*, *Controlo Emocional*, *Inibição* e *Memória de Trabalho*. Apenas o A.A. apresenta um valor questionável para a Escala de Inconsistência, e neste caso é preciso rever o questionário ou procurar razões para tal. Os Índices não serão interpretados pois apenas complementam a informação já retirada das escalas clínicas.

Tabela 14: Resultados Obtidos IAFE - Versão Professores

	T.B.		M.B.		A.A.		M.R.	
	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score	Score Bruto	T. Score
Inibição	28	84	20	56	15	55	28	116
Shift	27	90	19	61	14	55	22	93
Controlo Emocional	22	85	16	57	14	60	26	113
Iniciativa	13	60	17	64	14	63	18	85
Memória Trabalho	24	76	25	65	26	81	23	89
Planeamento	21	66	16	50	20	64	23	83
Org. Materiais	17	72	10	49	12	60	13	81
Monitorização	26	78	18	52	26	26	26	98
Escala de Inconsistência	6 (Aceitável)		8 (questionável)		5 (Aceitável)		2 (Aceitável)	
Escala de Negatividade	4 (Aceitável)		0 (Aceitável)		1 (Aceitável)		4 (Aceitável)	
Índice Reg. Comportamental	91		58		72		115	
Índice de Metacognição	54		57		68		93	

Quanto ao questionário para professores (tabela 14), verifica-se que os *T-scores* obtidos para M.B. e A.A, na maioria das escalas, aproximam-se de 65, sendo no caso de M. B. a escala Memória de Trabalho igual a 65. Por outro lado, T.B. e M.R. apresentam valores superiores a 65 em todas as escalas. A escala do M.B apresenta um valor questionável para a inconsistência. Por fim, estes resultados contrastam com os resultados obtidos no questionário dos pais, verificando-se, no geral valores de *T-scores* próximos ou até superiores a 65 para todas as escalas clínicas, o que indicia que o comportamento representativo das funções executivas dos indivíduos é diferente dependendo do contexto onde se insere.

2.3.3.4. Programa de Intervenção

Todas as crianças do grupo em intervenção pertencem ao Acordo de Cooperação tendo iniciado o apoio em hidroterapia individual em setembro de 2015. O plano de intervenção teve início a 17 de novembro de 2015, terminando a 31 de maio com a avaliação final, perfazendo o total de 22 sessões de 45 min, realizadas semanalmente,

Pelos resultados obtidos, foi elaborado o Perfil Psicomotor do Grupo (tabela 15) com o estabelecimento das áreas fortes e áreas a desenvolver, sendo posteriormente delineados os objetivos (gerais e específicos) a desenvolver, bem como as principais estratégias utilizadas (tabela 16).

Tabela 15: Perfil Psicomotor do Estudo Caso III (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver)

Perfil Psicomotor do Grupo	
Áreas Fortes	Áreas a Desenvolver
Competências Cognitivas; Praxia fina; Praxia Global; Lateralização; Comunicação verbal; Autonomia; Familiarização com o Meio Aquático	Controlo Respiratório; Equilíbrio; Noção do Corpo; Estruturação Espaço-Temporal; Regras sociais; Resistência à frustração; Participação/Atenção na tarefa Inibição Shift Memória de Trabalho Controlo Emocional

Foram realizadas observações e avaliações contínuas para ir reajustando o programa sempre que necessário. É importante referir que para além do Perfil Psicomotor do Grupo, construído especificamente para este estudo, cada criança apresenta um Plano Individual, sendo este o oficial para a instituição e para apresentação dos pais no final do ano letivo.

Tabela 16: Objetivos Gerais, Específicos e Estratégias (Estudo de Caso III)

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
Controlo Respiratório	Promover expirações bucais e nasais Promover as lmersões Melhorar a atenção e controlo movimento Promover a adequação do tónus	Instrução verbal, demonstração, utilização de flutuadores, reforço verbal, jogos lúdicos com um objetivo final
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio vertical Melhorar equilíbrio em decúbito ventral/dorsal Promover a flutuação em decúbito	Instrução verbal simples e clara, reforço verbal, demonstração, jogos lúdicos com um objetivo final
Esquema Corporal	Promover a noção corporal	
Estruturação Espaço-Temporal	Promover as mudanças de plano de vertical para decúbito e vice-versa Promover as orientações espaciais na piscina (e.g. de baixo/em cima da água)	Instrução verbal simples e clara, reforço verbal, demonstração, jogos lúdicos com um objetivo final, utilização de flutuadores
Praxia Global e Fina	Promover deslocamentos na vertical e em decúbito Melhorar os movimentos propulsivos em decúbito ventral e dorsal	Instrução verbal simples e clara, reforço verbal, demonstração, jogos lúdicos com um objetivo final
Melhorar a Relação Intrapessoal	Melhorar o bem-estar e autoestima Potenciar a criatividade Melhorar comunicação/interação c/outros Melhorar a regulação de emoções Promover a resistência à frustração	Rotina de Sessão: Exploração livre do meio e de materiais; jogos lúdicos
Regras Sociais	Cumprimentar à entrada/saída de sessão Promover regras de segurança da piscina (e.g. não correr no cais; tomar duche)	Reforço e incentivo verbal e rotina de sessão

	Esperar pela sua vez de falar	
	Ouvr a instrução da tarefa até ao fim	
	Potenciar o foco de atenção na tarefa enquanto a realiza	
Promover a Participação/Atenção	Manter o foco de atenção na tarefa durante a sua execução.	Reforço e incentivo verbal, rotina de sessão, jogos lúdicos.
	Desenvolver a participação ativa na sessão	
	Promover a comunicação verbal	
	Melhorar a memória de trabalho	

O plano de intervenção foi constituído por 5 fases, elaboradas numa perspetiva de progressão do EU para o NÓS, divididas pelos meses de intervenção: Avaliação Inicial (novembro/dezembro); Trabalhar com o Outro (Janeiro), promover o trabalho a pares, jogos simples e de cooperação; Pensar com o Outro (Fevereiro), promover o trabalho a pares, resolução de problemas em conjunto com o par; Nós e o Grupo (março), pensar a pares, jogos de resolução de problemas e apresentar a solução do problema pela equipa ao grupo; O Nosso Grupo (abril), trabalho em grupo, jogos de resolução de problemas e discussão de ideias; e Eu e o Grupo (maio e junho), trabalho em grupo focando o papel de cada um no grupo, e Avaliação Final.

Aproveitando as propriedades da água, todas as atividades envolveram a cooperação, competição, jogo simbólico e competências de adaptação ao meio aquático, ao mesmo tempo que se promoviam os fatores psicomotores, competências inerentes às funções executivas e questões emocionais e relacionais.

2.3.3.5. Discussão de Resultados e Conclusão

A intervenção com o grupo baseou-se fundamentalmente em atividades desafiantes, lúdicas e em dinâmicas grupais para um ambiente pedagógico com estruturas adaptáveis, promovendo a interação com o outro (Onofre, 2003). Pela análise da avaliação final do grupo, em ginásio, verificaram-se melhorias nomeadamente no equilíbrio, controlo respiratório, estruturação espaço-temporal e praxia global. Pela observação direta e registos de sessão também se perceberam alterações notórias no comportamento de cada criança e na interação entre os membros do grupo. A comunicação e interajuda entre o grupo melhorou, assim como a criatividade e espontaneidade.

Relativamente aos resultados da IAFE, percebe-se uma alteração na perceção do comportamento no contexto de casa para a escola, que se pode ter devido ao facto de este ser um ambiente mais estruturado, facilitando estes comportamentos. Estes resultados foram ao encontro dos obtidos pela Checklist do Comportamento apontando um comprometimento na maioria dos itens que dizem respeito às FE's: iniciativa, inibição,

controlo emocional, baixa tolerância à frustração, capacidade para mudar de uma situação/atividade/problema para outro implicando flexibilidade na resolução de problemas e dificuldade na capacidade de transição entre tarefas ou mudança de foco da atenção. Um comprometimento nestes domínios pode afetar diferentes áreas originando perturbações como a PHDA (Gioia et al., 2000; Shanmugan e Satterthwaite, 2016), que se verifica no caso da M.B. e repercussões na área académica, social e emocional, facto que vai ao encontro do historial do grupo.

Os resultados obtidos, tanto da Grelha de Observação Psicomotora como Comportamental, corroboram a informação que a intervenção psicomotora em meio aquático e em grupo, respeitando a faixa etária e o ritmo individual de cada um, permite a tomada de consciência corporal e o desenvolvimento dos fatores psicomotores, promovendo, paralelamente, a atenção, a criatividade, a comunicação verbal e não-verbal, interação com os outros com vantagens positivas na regulação do comportamento (Matias, 2005; Matias, 2010 Shanmugan e Satterthwaite, 2016).

As sessões foram planeadas seguindo uma rotina de sessão pré-estabelecida, alternando entre atividades dirigidas e espontâneas e foram utilizados materiais diversos. Neste sentido, e uma vez que o estabelecimento de regras era uma área a desenvolver, procurou-se estruturar a sessão e seguir a mesma rotina ao longo da intervenção focando-se no cumprimento das regras de segurança da piscina, regras de grupo (e.g. esperar pela sua vez de falar) e desenvolver a atenção durante a instrução e tarefa.

Apesar dos resultados positivos em termos de comportamento social e fatores psicomotores, deve-se destacar o T.B. em meio aquático. A meio do ano letivo (março) o T.B. começou a revelar medo e receio para entrar na piscina, fazendo birras quando lhe era pedido para fazer algo novo (e.g.: passar da posição vertical para ventral e dorsal). Foi conseguido que o aluno participasse nas sessões seguintes, mas nas tarefas que necessitavam de deslocamentos precisava sempre do apoio no corrimão. No final do mês de abril, e depois de uma conversa entre técnicos foi deliberado que o T.B saísse do grupo e retomasse o apoio individual com o técnico responsável. Esta mudança revelou-se boa para a criança, pois foi possível focar-se nas suas reais necessidades promovendo as competências básicas para se sentir seguro neste meio.

As crianças do grupo pertencem ao Acordo de Cooperação e por isso interromperam a terapia nas férias letivas o que dificultou a realização de um trabalho contínuo e estruturado. Assim, em termos de limitações ao estudo, considera-se o facto de a sessão realizar-se 1x por semana, durante 45 minutos, a falta de assiduidade das

crianças e a dificuldades em transferir os objetivos de intervenção em meio aquático para o contexto escolar e familiar.

Em termos futuros, considera-se importante a continuidade do apoio em meio aquático às quatro crianças, de preferência em grupo, pelos benefícios ao nível da comunicação, interação entre pares, comportamento social e emocional, ao mesmo tempo que se promovem as competências de adaptação ao meio aquático e os fatores psicomotores através da exploração livre e autónoma do meio. Seria interessante avaliar o transfer para atividades de vida diária.

Em suma, a abordagem ao grupo, procurou ser realizada numa perspetiva positiva do grupo, dando particular atenção às suas possibilidades, para que cada atividade proporcionasse uma experiência positiva, respeitando as necessidades e sentimentos de cada criança. Este estudo é um reflexo do trabalho dos técnicos da CERCICA, que recebem todos os anos letivos crianças com as suas especificidades e apoios, mas que, através do meio aquático, procuram dar resposta às suas necessidades enfatizando potencialidades e promovendo o seu bem-estar físico e emocional.

3. Outras Atividades

Paralelamente a toda a intervenção descrita anteriormente, foi possível participar em atividades complementares e de formação:

a) Participação no I Seminário de Intervenção em Meio Aquático (18 de novembro 2015) – seminário organizado pela CERCICA, no âmbito do trabalho desenvolvido pela equipa da CerMov nas áreas da fisioterapia e psicomotricidade em meio aquático. Teve como principais objetivos a divulgação da intervenção desenvolvida neste meio, a partilha de informação entre profissionais, dar conhecimento de novas ideias e teorias e promover o meio aquático como uma intervenção de excelência;

b) III Feira de Natal CERCICA (5 de dezembro 2015) – colaboração na feira realizada nas instalações da instituição, com artigos produzidos pelos clientes nos diferentes ateliers, contando com a participação dos colaboradores e voluntários. A estagiária participou na venda dos produtos da CerMov e dinamizou o espaço criança. Para além disso, participou e organizou a primeira apresentação em público do grupo de dança CERCICA c/ Ritmo;

c) Voluntariado no ATL Especializado “À Tarde na CERCICA” (novembro de 2015 a junho de 2016) – todas as quintas-feiras das 15h às 19h a estagiária fez voluntariado no ATL, colaborando com os técnicos nas diferentes atividades desenvolvidas com crianças e jovens com NEE;

d) Baile de Carnaval da CerMov (5 fevereiro 2016) – realizado nas instalações da instituição, a estagiária colaborou na organização do baile, dinamizou uma aula de Salsa

e participou na organização da segunda apresentação de dança do grupo CERCICA c/ Ritmo;

e) **Colaboração no estudo e respetiva apresentação de uma Comunicação Livre no 2º Congresso Nacional de Psicomotricidade – Desafios da Psicomotricidade numa Sociedade em Mudança. Da Investigação à Intervenção.** (4, 5 e 6 de março de 2016) – Realizado nas instalações da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, este congresso foi promovido pela *Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP)*, com a parceria de Instituições de Ensino Superior que asseguram a formação de 1º ciclo em Reabilitação Psicomotora, nomeadamente, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa e a Universidade de Évora. Teve como principais objetivos constituir um fórum de divulgação e discussão para a comunidade dos psicomotricistas, mas também para os profissionais, académicos e investigadores interessados nas questões relativas à Psicomotricidade, possibilitando o debate sobre o estado atual do conhecimento nesta área científica e profissional. Para além de assistir ao congresso, a estagiária colaborou com os técnicos da CERCICA na elaboração e apresentação de uma comunicação livre intitulada "Psicomotricidade em Meio Aquático - Intervenção em Pequeno Grupo". Esta comunicação livre recebeu uma Menção Honrosa pelos Júris do Congresso;

f) **III Torneio Nada lá – Natação Adaptada** (26 abril 2016) – torneio organizado pela CerMov no Complexo Desportivo da Abóboda com a participação de 43 atletas de 6 instituições do concelho. A estagiária acompanhou os participantes, deu apoio necessário em termos de organização das atividades, orientação dos atletas e registo dos tempos de prova;

g) **Campanha do Pirilampo Mágico** (no decorrer do mês de maio) - campanha de angariação de fundos a favor das CERCI's, organizada pela Fenacerci. A estagiária participou na venda dos produtos de merchandising da campanha;

h) **Participação na 7ª Caminhada Pirilampo Mágico 2016** (29 de maio 2016) – no âmbito da campanha do Pirilampo Mágico, a CERCICA organizou uma caminhada ao longo da Marina de Cascais, com o objetivo de sensibilizar a comunidade para a inclusão das pessoas com deficiência e incapacidade e, simultaneamente, angariar fundos para a organização;

i) **IV Edição Pirilampo Náutico** (8 de junho 2016) – iniciativa organizada pela Fenacerci, realizada no Parque das Nações e com participação de 7 clientes do CAO da CERCICA, que tiveram a oportunidade de praticar as modalidades de Vela e Canoagem e

visitar o Oceanário. A estagiária participou na atividade, acompanhado os jovens ao longo do dia;

j) Participação **Santos Populares CERCICA** (24 de junho 2016) – arraial organizado pela CERCICA nas instalações da instituição com a apresentação do grupo de dança “CERCICA c/ Ritmo”;

Para além das iniciativas anteriores inerentes ao estágio, importa referir as atividades formativas participadas ao longo deste período e que surgiram como complemento de aprendizagem a toda a intervenção psicomotora desenvolvida:

k) Participação na **Ação de Formação “Neurodesenvolvimento e Equitação com Fins Terapêuticos”** (23 janeiro 2016) – organizada pelo Centro Equestre João Cardiga e dinamizada por duas psicomotricistas do centro. A ação de formação procurou abordar a relação da psicomotricidade com as perturbações de comportamento, benefícios da intervenção em equitação com este tipo de população e estratégias de intervenção;

l) Participação no **Congresso Internacional “Perturbações do Desenvolvimento: da neurociência à Clínica”** (27 e 28 de maio) – congresso realizado em parceria com a Champalimaud Research e o PIN – Progresso Infantil, nas instalações do centro Champalimaud com o principal objetivo de promover a discussão entre cientistas e clínicos sobre transtornos de desenvolvimento, tais como a PHDA, o autismo e a POC;

m) Participação no **Seminário Jogo e Desenvolvimento da Criança** (1 de julho de 2016), realizado na Faculdade de Motricidade Humana.

Por último, destaca-se a participação nas reuniões pontuais do Projeto “Oh Gui” – Rugby Adaptado e acompanhamento dos atletas na atividade de Vela Adaptada. Todas as atividades desenvolvidas foram um ponto essencial em todo o processo de aprendizagem, seja porque contribuíram para alargar conhecimentos na área da psicomotricidade, seja porque proporcionaram novas experiências pessoais e profissionais enriquecendo o presente estágio curricular.

No âmbito do projeto de investigação levado a cabo no presente estágio curricular, será apresentado, no capítulo seguinte, o artigo resultante do trabalho desenvolvido no projeto “CERCICA C/ Ritmo”.

4. Projeto de Investigação

A Dança de Salão na Intervenção Psicomotora com adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Beatriz Tanora

Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa

Ana Lúcia Martins

Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora
CERCICA - Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais

Sofia Santos

Centro de Estudos de Educação Especial
Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa

Resumo: A dança pela sua diversidade de formas, movimentos e ritmos é considerada uma expressão universal do corpo em movimento e por isso possibilita na sua prática pessoas de todas as idades, géneros, culturas e capacidades. A pessoa com deficiência encontra na dança um caminho de expressão do seu corpo, quer ao nível artístico e terapêutico quer desportivo, potenciando a sua inclusão na sociedade. O presente artigo tem como objetivo analisar o contributo da dança de salão na intervenção psicomotora com a pessoa com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), procurando avaliar o seu impacto nas áreas da expressão motora e coordenação, relação interpessoal, expressividade, postura e capacidades cognitivas. A amostra foi constituída por 20 participantes, entre os 18 e 50 anos ($32,05 \pm 9,725$), em que 10 eram do género masculino e 10 do género feminino, com diagnóstico de DID e a frequentar o Centro de Atividades Ocupacionais da CERCICA. Uma Grelha de Observação, elaborada para o estudo, e aplicada a todos os participantes em 3 momentos distintos (avaliação inicial/baseline, final e retenção). Com base nos resultados obtidos implementou-se um programa de 10 meses de intervenção pela dança, com uma periodicidade bi/trissemanal. Cada sessão tinha a duração de 45 minutos. Os resultados obtidos apontaram diferenças significativas na maioria dos domínios, especificamente ao nível da coordenação, ritmo, postura, atenção e envolvimento intergrupar. Finalmente, são apresentadas algumas recomendações para a investigação futura e prática clínica.

Palavras-Chave: avaliação, eficácia, dificuldade Intelectual e desenvolvimental, danças de Salão, intervenção Psicomotora.

Abstract: Dance for its diversity of forms, movements and rhythms is considered a universal expression of the body in movement and therefore it allows people of all ages, genres, cultures and capacities practice. The person with disability can find in dance a way of expressing their body, in the artistic and therapeutic way, as well as enhancing their inclusion in society. This article aims to analyze the contribution that a psychomotor intervention using ballroom dance can have in the areas of motor expression and coordination, interpersonal relationship, expressiveness, posture and cognitive abilities of adults with intellectual and developmental disability (IDD). The sample was composed of 20 participants between 18 and 50 years (32.05 ± 9.725), 10 male and 10 female, with IDD, and attending the Center for Occupational Activities of CERCICA. The Scale, designed for the study, was applied in three different moments (initial assessment / baseline, final and retention). Based on the results obtained, a 10-month dance intervention program was implemented with a bi-trissemanal periodicity. Each session lasted 45 minutes. Findings showed statistic significant differences in most domains, in terms of coordination, rhythm, posture, attention and involvement intergroups. Finally, recommendations and directions for future research in the area are provided.

Key-words: assessment, effectiveness intellectual and development disability, ballroom dance psychomotor therapy

Introdução

A dança inclui pessoas de várias idades, habilidades e formas diferentes de movimento, com bailarinos/dançarinos com e sem limitações (Block e Johnson, 2013). A participação de pessoas com diferentes tipos de dificuldades nas práticas artísticas, tem sido visível por um aumento no número e variedade de oportunidades nas artes do espetáculo, incluindo a dança (Amoedo, Lebre e Monteiro, 2012). Estas evoluções têm reforçado a defesa do direito à participação ativa por pessoas com deficiência e a sua inclusão, permitindo adaptações nas diferentes formas de dança, de acordo com as características individuais (Lebre, Amoedo, Monteiro, Seixas e Falcão, 2016). Amoedo (2004) descreve a “Dança Inclusiva” como todos os projetos que incluem pessoas com e sem deficiência, onde os focos terapêuticos e educacionais não são desprezados, enfatizando a elaboração e criação artística, e tendo em consideração a possibilidade de mudança da imagem social e inclusão destas pessoas na sociedade.

A nível histórico, múltiplas culturas dançam para expressar emoção e utilizam o corpo para comunicarem entre si através da música e do som. A dança está presente em todas as idades, géneros e culturas envolvendo um ritmo em relação entre o espaço e o tempo através do movimento (Lebre et al., 2016; Amoedo et al., 2012). Neste processo, a dança requer a compreensão de necessidades psicológicas, sociais e físicas a diversos níveis, surgindo assim, diferentes perspetivas de intervenção na dança: abordagem artística e performativa, abordagem terapêutica/recreativa/comunitária, abordagem da prática de atividade física e desportiva/competitiva (Lebre et al., 2016, Block e Johnson, 2013).

A Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID), caracteriza-se por limitações significativas, manifestadas antes dos 18 anos, no funcionamento intelectual e adaptativo expressas nos domínios conceptual, social ou prático, devendo ser consideradas no contexto onde o indivíduo se insere, tendo em conta a sua cultura e idade cronológica (APA, 2013; Schalock et al., 2010). A definição constitutiva de DID é baseada no modelo ecológico de funcionamento humano, o qual apresenta cinco dimensões principais (habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, saúde, participação e contexto) e a intensidade dos apoios necessários (Luckasson e Schalock, 2012; Schalock, 2009).

Apesar da heterogeneidade fenotípica e comportamental a pessoa com DID pode apresentar dificuldades em diferentes áreas: **psicomotora** ao nível dos sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espáciotemporal, praxia global e fina), agilidade e força (Hartman, Houwen, Scherder e

Visscher, 2010; Santos e Morato, 2007; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013); **sensorial** - limitações de integração sensorial (Santos e Morato, 2012a) conjugadas com os problemas visuais e auditivos (Harris, 2010); **social** pelo impacto menos positivo na compreensão, retenção e aquisição das regras sociais (APA, 2013; Matson, Dempsey e LoVullo, 2009), ao mesmo tempo que se nota a tendência para comportamentos mais passivos, menor iniciativa e responsividade social (Santos e Morato, 2012b), sendo um grupo vulnerável, com respostas sociais menos adequadas (Schalock et al., 2012); **cognitiva** com dificuldades nos processos de planificação e abstração, no raciocínio e resolução de problemas complexos, na compreensão simbólica, com limitações ao nível da memória e na antecipação causa-efeito, na compreensão e planeamento de consequências, e em manter a atenção nas tarefas (Danielsson, Henry, Messer e Rönnberg, 2012; Schalock et al., 2010); e **comportamental** com dificuldades de autorregulação (e.g.: controlo da inibição e impulsividade), auto e hetero-agressões, estereotipias, entre outros (Harris, 2010), baixa resistência à frustração e níveis reduzidos de motivação e perseverança (Hove e Havik, 2010; Schalock et al., 2010).

Decorrente deste conjunto de limitações, devem ser reequacionados serviços e planos, sendo que a intervenção psicomotora surge como um apoio na intervenção com a pessoa com DID em contexto institucional (Valente, Santos e Morato, 2012, procurando estimular competências adaptativas (Rodrigues, 1991; Santos e Morato, 2007) pela reorganização das funções mentais, na promoção de uma conduta consciente e do ato mental, potenciando os domínios motor, afetivo-relacional e cognitivo (Fonseca, 1989).

A Intervenção Psicomotora, surge como uma prática interventiva que utiliza o corpo como mediador da aprendizagem e objeto de descoberta, por meio da experimentação do movimento consciente e concreto. É através da manipulação dos objetos, pela motricidade e pela imitação que o indivíduo aprende os vários tipos de participação social (Fonseca, 2003). A intervenção psicomotora fundamentada na mediação corporal e no movimento objetiva a estimulação das competências psicomotoras visando o funcionamento o mais independente possível nas tarefas pessoais e sociais típicas de vida em comunidade, indo ao encontro da investigação mais recente no campo da DID que enfatiza a necessidade de se atentar na qualidade de relação entre o sujeito e o seu contexto e não apenas nas suas dificuldades e limitações (Luckasson e Schalock, 2012; Santos e Morato, 2012a).

Na intervenção psicomotora com as pessoas com DID há que considerar que as aprendizagens se desenvolvem de acordo com as características próprias, devendo utilizar-se estratégias adequadas e individualizadas (Valente et al., 2012). A dança poderá

surgir como uma possível estratégia no contexto da intervenção psicomotora na medida em, já sendo uma atividade psicomotora, combina o movimento no espaço, criando uma sequência musical, que no seu desenvolvimento, alia a destreza física, atividade intelectual e expressão de emoções e sentimentos. Há que referir que neste trabalho referimo-nos à intervenção com recurso à dança, nomeadamente danças de salão e não à Dançaterapia.

Dada a variabilidade de movimentos possíveis numa coreografia, é possível empregar qualquer forma de dança, de acordo com o nível de desempenho e grau de funcionalidade do dançarino (Inal, 2014). Enquanto experiência artística, a dança, deve ter em conta as necessidades individuais de cada dançarino/bailarino dando especial enfoque ao seu potencial criativo, criando, desta forma, oportunidades para pessoas com diferentes necessidades de apoio revelarem as suas habilidades e potenciarem o seu desenvolvimento e bem-estar (Block e Johnson, 2013; Lebre et al., 2016).

No que diz respeito às danças de salão, esta modalidade pode ser caracterizada por sequências de movimentos rítmicos diferentes constituídos por passos em marcha e voltas (Fonseca, Thurm, Vecchi e Gama, 2014). Na área da DID são escassos ou inexistentes os estudos que reportam os benefícios da intervenção pelas danças de salão nesta população, no entanto, existem investigações que procuram comprovar os benefícios das danças de salão em populações sem necessidades educativas especiais. Neste campo, investigações com populações de diferentes faixas etárias, com doenças crónicas (obesidade, diabetes, cancro da mama, depressão, doença de Parkinson) revelaram que a intervenção pela dança de salão pode ser uma estratégia positiva na motivação destes sujeitos em praticar exercício físico (Mangeri, Montesi, Forlani, Grave e Marchesini, 2014), tornando-os mais ativos, com influências positivas no seu Índice de Massa Corporal (IMC) (Huang, Hogg, Zandieh, Bostwick, 2012), na coordenação motora, equilíbrio e qualidade de vida (Kiepe, Stockigt, Keil, 2012). Também com idosos institucionalizados e sedentários, a participação em aulas de dança de salão revelou benefícios ao nível da autonomia, funcionalidade e equilíbrio (Borges et al, 2011). Adicionalmente, também contribui para a integração sensoriomotora com benefícios na perceção corporal (Fonseca et al., 2014), memória, bem-estar físico e social (sensação de pertença numa atividade social) (Stevens-Ratchford, 2016).

Reportando para a intervenção pela dança, com pessoas com DID, sem especificar uma modalidade concreta, esta apresenta uma série de benefícios físicos e socioemocionais (Krantz, 2016). Em termos psicomotores, o trabalho pela dança surge como uma ferramenta importante na melhoria da condição física, flexibilidade, equilíbrio,

coordenação e percepção espacial (Gutiérrez-Vilahú, Massó-Ortigosa, Costa-Tutussaus, Guerra-Balic e Rey-Abella, 2016; Inal, 2014). Dinold e Zitomer (2015) acrescentam o desenvolvimento do sentimento de competência física e ao nível de performance a potencialização de habilidades inerentes à dança, como força muscular, resistência cardiovascular, postura e resistência.

Não obstante, o envolvimento da música, do espaço e do tempo em combinação com os movimentos, estimula o desenvolvimento emocional e cognitivo de indivíduos com DID ao nível da identidade pessoal, autonomia e autoestima (Dinold e Zitomer, 2015; Inal, 2014). Barnet-Lopez, Pérez-Testor, Cabedo-Sanromá, Oviedo e Guerra-Balic (2016), sobre os efeitos da terapia pela dança com indivíduos com DID, corroboram esta ideia, realçando os benefícios ao nível da relação intrapessoal, autoconceito, ansiedade, autoconfiança e consciência corporal. Além disso, a dança tem um efeito positivo no vocabulário, pensamento criativo, na concentração e na orientação espacial e temporal, contribuindo para o bem-estar emocional (Dinold e Zitomer, 2015).

Por outro lado, quando existe participação de pessoas com necessidades de apoio, em grupos de dançarinos sem dificuldades, promove-se o trabalho em grupo, e a dança a pares (e.g. dança desportiva em cadeira de cadeira de rodas), com consequências positivas ao nível das relações interpessoais (Dinold e Zitomer, 2015; Lebre et al., 2016). Neste âmbito, o dançarino com DID tem a oportunidade de explorar vários tipos de relações: no espaço e em diferentes partes do corpo em relação ao outro, facilitando a interação social, a comunicação não-verbal e verbal, mais tempo de instrução individualizada e maior independência, ao mesmo tempo que combate o isolamento social (Dinold e Zitomer, 2015; Lebre et al. 2016).

Em Portugal, e na mesma linha de pensamento, Silva e Antunes (2011), procuraram conhecer as percepções e o significado que os intervenientes de um Grupo de Dança Inclusiva – Dançando com a Diferença (GDD) têm sobre as mudanças ocorridas nos 12 bailarinos, com e sem necessidades especiais, que formam o grupo. As autoras constaram que a participação no grupo parece provocar alterações nos seus intervenientes nos seguintes fatores: Dança, com o desenvolvimento de competências, conhecimentos e oportunidades artísticas e profissionais pelo facto de trabalharem com bailarinos com e sem dificuldades; Inclusão, pelas mudanças de conceções de pensamento sobre a inclusão e deficiência, reportadas pelos bailarinos e encarregados de educação, e pela mudança de percepções nas competências de organização, pessoais e sociais que são facilitadores da inclusão; e variáveis Idiossincráticas, percecionado fortemente nas

mudanças de vida dos bailarinos ao nível do crescimento global da pessoa (social, mental e emocional), oportunidade de desenvolvimento pessoal e social e compromisso com um grupo revelado na disponibilidade condicionada.

Nesta interação constante, os indivíduos partilham um interesse comum, com os mesmos objetivos, desenvolvendo um sentimento de pertença no grupo e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida, com oportunidade de fazer escolhas (Block e Johnson, 2013; Dinold e Zitomer, 2015). A sua performance é valorizada e o sucesso do grupo depende do cumprimento de regras específicas, como assistir e participar em todos os ensaios, pontualidade, atenção e comportamento profissional, enquanto o respeito pelo outro é construído e a participação em todos os detalhes é tida em conta, assim como a contribuição de ideias e sugestões em todo o processo criativo (Block, Johnson, 2013).

A dança abrange múltiplas experiências, mas é o contexto artístico e o desempenho performativo em contexto de espetáculo e performance que mais interessam aos artistas e profissionais (Amoedo et al., 2012). Neste sentido, um trabalho focado na dança enquanto experiência artística para jovens/adultos com deficiência deve basear-se nas suas necessidades individuais, sendo prioritário que os profissionais promovam competências de comunicação, saibam manter as expectativas elevadas, e selecionar as condições adequadas para a prática de acordo com as características de cada indivíduo, adotando práticas baseadas em evidências, utilizando e estabelecendo regras formativas de desempenho (Malley, 2014).

No entanto, Aujla e Redding (2013) avançam com algumas barreiras no treino da dança para pessoas com dificuldades: as atitudes dos pares, familiares, profissionais na área e críticos que descredibilizam e desvalorizam as capacidades destas pessoas (Santos, 2010); a falta de formação técnica disponível, sessões de dança com sem objetivos ou objetivos desadequadas à população, falta de conhecimento dos professores sobre a melhor forma de treinar jovens com limitações, inexistência de aulas regulares dirigidas para a progressão da técnica ou de cursos credenciados para formar dançarinos com deficiência; fatores logísticos como o transporte para os treinos, fraco suporte e apoio, falta de apoios financeiros; acessibilidade reduzida aos locais e materiais; e falta de conhecimento sobre oportunidades nesta área entre as diferentes companhias/escolas (Aujla e Redding, 2013).

Neste sentido, o estabelecimento de redes locais e nacionais no setor da dança inclusiva parece ser um caminho para combater estas barreiras, seja para dar visibilidade à dança, proporcionar oportunidades de enriquecimento e progressão, orientar os jovens

para as atividades nesta área, seja para facilitar a comunicação entre os profissionais abrindo portas à participação de jovens com deficiência em diferentes níveis (e.g.: área recreativa e desenvolvimento do talento) (Aujla e Redding, 2013). A qualidade do movimento, o potencial criativo, a paixão e a forte influência ética são alguns dos critérios mais importantes e adequados para avaliar o talento nesta população (Aujla e Redding, 2014). Ainda neste âmbito, os autores referem que os professores são uma peça fundamental na medida em que devem conhecer o seu dançarino e as suas necessidades, adotando uma abordagem aberta e flexível ao ensino, com adaptações, diferenciação e com aulas especializadas e integradas para dar resposta a uma diversidade de necessidades dos alunos.

O reconhecimento do potencial da dança para pessoas com necessidades de apoio é também observado no âmbito desportivo, nomeadamente no desenvolvimento da modalidade de Dança Desportiva em Cadeira de Rodas, que tem a sua origem na Dança Desportiva (IPC, 2016). A modalidade de Dança Desportiva é regulamentada, a nível internacional, pela *World DanceSport Federation* (WDSF) e em Portugal pela Federação Portuguesa de Dança Desportiva (FPDD), que estabelecem os parâmetros em que as provas decorrem, estando abertas a diferentes níveis etários e de desempenho (WDSF, 2016; FPDD, 2016). A Dança Desportiva tem o seu foco central nas Danças de Salão, que foram evoluindo até à criação de 10 estilos, caracterizados pelos seus movimentos padronizados, e que facilitaram a constituição de uma modalidade competitiva, constituída por 5 danças Latino-Americanas (Samba, Rumba, Cha-Cha-Cha, Paso Doble e Jive) e 5 danças *Standard* (Valsa Vienense, Valsa Inglesa, Tango, Slow Foxtrot e Quickstep) (Farmer, 2007). Estas danças são executadas por um par, numa música e tempo específico, demonstrando não só critérios da qualidade de dança como a técnica correta e a postura, como também características estéticas particulares (Farmer, 2007).

A Dança Desportiva em Cadeira de Rodas, teve o seu início no ano 1968, na Europa, primeiramente com um foco terapêutico e recreativo, sendo considerada uma modalidade desportiva adaptada da Dança Desportiva, dirigida a atletas com deficiência motora ao nível dos membros inferiores. Atualmente, é praticada em 29 países e é reconhecida pelo Comité Paralímpico Internacional (IPC) como *Para Dance Sport*, incorporando as regras da WDSF (IPC, 2016). Segundo o IPC (2016), a modalidade caracteriza-se pela formação de pares de bailarinos (um homem e uma mulher), que podem ser compostos por um elemento com deficiência em cadeira de rodas e um elemento sem deficiência dançando em pé (*standing partner*) ou por ambos os elementos do par com deficiência em cadeira de rodas. Em Portugal, e a nível competitivo esta

modalidade ainda é reduzida destacando-se um único par (Nuno Sabroso e Daniele Oliveira) a participar num Campeonato Internacional organizado pelo Comité Paralímpico Internacional (IPC, 2016).

Por outro lado, e ao nível da DID, a FPDD apresenta nos seus projetos as Provas de Dança Desportiva *Open Down*, constituídas por um conjunto de 3 provas anuais e um Campeonato Nacional (FPDD, 2014). A Competição *Open Down* dirige-se a atletas com Trissomia 21 (T21) de todas as faixas etárias e são organizadas por dois grupos oficiais: *Classe Duo*, par constituído por um atleta do género masculino e feminino ambos com T21; e *Classe Combi*, par em que um dos atletas tem T21, e o colega assume o papel de assistente; pode ainda existir um terceiro grupo constituído por *Classe Duo+Combi*, competindo em regime aberto (FPDD, 2014). Percebe-se, assim, que as pessoas com deficiência podem participar em campeonatos de danças de salão, em vários estilos, dependendo do seu nível de performance.

No que respeita às componentes de adaptação têm sido assinaladas diversas estratégias e métodos de ensino para a prática de dança com pessoas com deficiência. Em termos de estratégias adaptativas para dança, é essencial que os professores tenham especial atenção à linguagem utilizada nas instruções (i.e.: que sejam simples e curtas), sejam capazes de criar relações seguras, tenham consciência que as suas ações durante as aulas transmitem valores do corpo e da dança, utilizem estratégias pedagógicas de dança adequadas com o nível de desempenho de cada aluno e forneçam regras claras e incentivos (Block e Johnson, 2013; Dinold e Zitomer, 2015). O profissional deve estruturar a aula no espaço e tempo, definir regras, delimitar o espaço de forma clara, compreender que diferentes alunos precisam de mais tempo para a execução do movimento, sendo fundamental dar tempo para a realização e repetição das tarefas (Aujla e Redding, 2013; Dinold e Zitomer, 2015).

O ensino deve ser sequencial, promovendo o apoio entre pares, a utilização de músicas com uma estrutura rítmica regular, facilitando a resposta motora e a interação com os elementos do grupo (Lebre et al., 2016). O trabalho a pares é o meio mais eficaz para incluir pessoas (com DID), uma vez que ao movimentarem-se lado a lado, os dançarinos podem realizar uma variedade de movimentos seguindo o outro, facilitando a memorização da coreografia (Block e Johnson, 2013). As instruções devem ser diferenciadas no tempo, de acordo com o momento da sessão, variando, entre instruções breves e instruções mais lentas com repetições (Lebre et al., 2016). Também o espaço deve ser adaptado, para facilitar a memorização de sequências de movimentos através de padrões físicos, definindo

trajetórias, pontos de referência para o início ou final de uma deslocação no espaço ou para memorizar determinadas posições corporais. Não obstante, a utilização de pistas musicais, associadas a um padrão rítmico ao movimento, também contribui para memorizar uma determinada sequência de movimento (Lebre et al., 2016; Block e Johnson, 2013).

O dançarino deve concentrar-se na sua consciência rítmica interna antes de passar para ritmos externos, e desta forma o espaço pessoal deve ser explorado, através de mudanças de direções, deslocações no espaço em diferentes níveis e utilizando diferentes formações como círculos ou linhas, não só para estruturar o movimento, mas também para promover a interação entre pares, diminuindo a distratibilidade e facilitar o trabalho colaborativo (Block e Johnson, 2013; Dinold e Zitomer, 2015). A utilização de movimentos em espelho, movimentos amplos contrastando com diferentes ritmos, ensinar elementos básicos da dança como posição do corpo, tensão e relaxamento, sensibilidade para atividades motoras, ritmo e aprendizagem cooperativa são experiências posteriormente estendidas para estilos de dança mais específicos (Block e Johnson, 2013; Dinold e Zitomer, 2015).

Ao nível do ensino específico das danças de salão, deve existir uma proposta pedagógica de progressão privilegiando o movimento, espaço e relação com o par, dividida em três níveis: **Introdutório** com a aprendizagem de figuras básicas de forma pouco pormenorizada, desenvolvimento de linhas posturais e movimentos bem definidos, colocação correta das diferentes partes do corpo, transferências corretas do peso corporal entre apoios e relação do movimento com a estrutura rítmica; **Elementar** pelo aperfeiçoamento de figuras técnicas básicas, evolução na qualidade dos movimentos, complexidade técnica e postural e introdução de novos movimentos; **Avançado** – melhorar a precisão do movimento, promover a habilidade de parceria, construção da unidade de par, combinação de movimentos e melhoria da qualidade das dinâmicas, interpretação e caracterização das danças de acordo com as características de cada estilo, combinação de movimentos complexos e criação do espetáculo inerente a cada estilo (Lebre et al., 2016).

Vários investigadores e profissionais (e.g. Amoedo et al., 2012) têm vindo a documentar experiências no âmbito da dança com fins terapêuticos, dança inclusiva e dança adaptada, apesar da escassez de iniciativas que tenham a preocupação de documentar e fundamentar as suas práticas. Neste sentido, o presente artigo procura, dar a conhecer uma experiência concreta de intervenção pela dança realizada –numa instituição, com jovens e adultos com DID, procurando-se analisar o contributo de uma

intervenção psicomotora através da dança, procurando verificar a existência (ou não) de diferenças/melhorias significativas ao nível das competências intergrupais, memória, atenção e concentração, coordenação movimento/som, capacidade expressiva, postura corporal e de competências específicas de danças de salão.

Metodologia

Amostra

A amostra foi constituída por 20 participantes, entre os 18 e os 50 anos (32.05 ± 9.725), sendo 10 do género masculino e 10 do género feminino com um diagnóstico clínico de DID “moderada e ligeira”² (N=9), e de Trissomia 21 (N=11). Todos os sujeitos frequentavam o Centro de Atividades Ocupacionais.

Instrumentos

São inúmeras as experiências de intervenção terapêutica e performativa na área da dança com esta população, mas por outro lado são escassos os profissionais que se preocupam a documentar, avaliar e descrever os seus programas (Amoedo et al., 2012). Sabendo que a avaliação é necessária para fundamentar a prática, perceber os seus benefícios, ter um melhor conhecimento dos casos com que se intervém e identificar e definir objetivos (Amoedo et al., 2012), também este programa procurou avaliar os seus intervenientes em diversos domínios da área da dança.

Assim, para este estudo, foi construída uma Grelha de Observação com base na Escala LMA Adaptada “Freedom to Move” (Dunphy e Scott, 2003) e The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy – LOFOPT (Coppennolle, Simons, Pleuroot, Probst e Knapen, 1989) constituída por 7 domínios com um total de 30 itens:

- A. Participação na Atividade** – referente a aspetos da liderança e iniciativa nas atividades (2 itens; e.g.: liderar uma atividade (aquecimento, alongamentos);
- B. Grau de Satisfação** – diz respeito ao grau de satisfação que o participante demonstra durante a aula de dança (2 itens; e.g.: nível de entusiasmos/envolvimento nas atividades);
- C. Envolvimento Intergrupais** – referente as competências inerentes na relação em grupo (4 itens; e.g.: interação verbal; respeito pelas regras do grupo);
- D. Capacidades simbólicas e cognitivas (memória e atenção/concentração)** – relativos à atenção durante a instrução, imitação, identificação e reprodução dos

² Apesar da nova classificação pela necessidade de apoios (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009), optou-se pela utilização desta terminologia de acordo com a classificação presente no Plano Individual de cada cliente.

passos base do Chachacha, Rumba Quadrada e Salsa (9 itens; e.g.: identificação de pelo menos 2 ritmos/estilos diferentes da modalidade de danças de salão; reprodução de uma coreografia simples até 4 movimentos, 8 e 16 movimentos);

- E. Capacidade de Coordenação Movimento/Som** – coordenação do movimento de acordo com o ritmo da música (3 itens; e.g.: identificação e adaptação do movimento a um ritmo lento e rápido, e reprodução dos passos base a par);
- F. Capacidade Expressiva** – competências relativas à expressão do movimento e criatividade (4 itens; e.g.: fluidez do movimento, construção de uma coreografia com pelo menos 5 movimentos); e
- G. Postura corporal** – capacidade do dançarino em adequar e manter a postura correta (4 itens; e.g.: adequar a postura às danças de salão (solo e a par) e danças urbanas).

A cotação de cada item é efetuada de acordo com uma escala de likert de três pontos: 0 para “Não Realiza”, 1 para “Realiza às vezes e/ou com Ajuda” e o 2 para “Realiza espontaneamente”.

Procedimentos

Ao longo de todo o estudo foram considerados os requisitos éticos para a sua concretização. Desta forma, foi solicitado autorização à Direção da instituição para a implementação do projeto, que depois de obtida, permitiu o contacto com os participantes e com os respetivos prestadores de cuidados. De referir que a seleção dos participantes seguiu critérios específicos como o nível de funcionalidade (presente no plano individual [PI]), apresentar um escalão de IRS baixo (oportunidade de frequentar uma atividade extra sem pagar para tal) e ter vontade de participar no projeto. Após o cumprimento destes critérios foi entregue um formulário de consentimento informado aos respetivos prestadores de cuidados, o qual continha uma breve explicação do que seria concretizado, deixando bem claro o objetivo da investigação, todos os procedimentos e metodologias que seriam aplicadas, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados, e salvaguardando o direito de desistir a qualquer momento.

Após todos os intervenientes terem assinado os respetivos consentimentos informados, procedeu-se à aplicação do instrumento de avaliação. É de se realçar que estes foram aplicados em 3 momentos distintos: uma primeira vez nas primeiras sessões da intervenção, em outubro, – Avaliação baseline (AvB); no final do projeto (julho) - Avaliação Final (AvF); e três meses após o fim da intervenção, no sentido de perceber o nível de retenção das competências adquiridas – Avaliação de Retenção (AvR). A aplicação da Checklist foi realizada pelas duas professoras responsáveis do projeto nos

três momentos anteriormente descritos e por observação direta dos participantes durante o horário das aulas de dança. Cada questionário demorou aproximadamente 10 minutos para ser preenchido na sua totalidade. Após a aplicação da Checklist e com base nos resultados obtidos procedeu-se ao planeamento e aplicação do projeto de danças de salão.

O tratamento estatístico dos dados obtidos foi realizado através do programa SPSS versão 22.

Programa de Intervenção

Os participantes foram distribuídos por dois grupos, de acordo com a sua disponibilidade, com o objetivo de diminuir os participantes por aula, facilitando a realização das dinâmicas. As aulas de dança de salão, de 45 minutos cada, tiveram um carácter bissemanal para os dois grupos, apesar de os participantes com maior disponibilidade de horário, terem tido a oportunidade de participar numa terceira sessão por semana. O programa teve a duração de 10 meses e a distribuição dos estilos de dança foi planeada da seguinte forma: de outubro a dezembro o estilo de *Chachachá* foi o tema das aulas; o período de janeiro a março foi dedicado ao estilo de *Rumba*; e de abril a final de junho o estilo de *Salsa*.

Todas as aulas consideraram as características do grupo, a idade cronológica de cada cliente e o respeito pelo seu ritmo individual. Assim, de acordo com as necessidades de apoio, características e funcionalidade de cada cliente foram escolhidos os três estilos de dança, das danças latino-americanas, consideradas mais acessíveis à aprendizagem, com base nos resultados obtidos na avaliação inicial foram delineados os objetivos gerais e específicos a desenvolver durante o projeto de dança (tabela 1). As aulas foram estruturadas seguindo sempre a mesma tipologia, com três momentos principais:

- **Ativação Geral/ Aquecimento (10 min):** diálogo inicial com o grupo (e.g.: conversa informal sobre o dia e planeamento da aula, perceber o estado emocional dos alunos); exercícios de preparação e ativação tónico-emocional para preparar o corpo para o exercício físico ao som de uma música (e.g.: exercícios de mobilização dos membros, tronco e cabeça, exercícios de expressão corporal livres ao ritmo da música);
- **Desenvolvimento da aula (30 min):** aprendizagem e ensaio dos passos bases de cada estilo, focando-se no treino do ritmo e da postura associada ao estilo de dança praticado nesse mês; e
- **Retorno à Calma (5 min):** diálogo final com o grupo sobre como se sentiram durante a aula, reflexão do que aprenderam, facilidades e dificuldades; exercícios de

alongamentos ao som de uma música calma; e por fim o Grito Final do grupo “Porque quem dança é mais Feliz!” que serve de marco para o final da aula.

Tabela 17: Objetivos Gerais e Específicos (Projeto de Investigação)

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Tonicidade, Equilíbrio e Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> - estimulação do diálogo tónico-emocional - desenvolvimento do controlo postural - estimulação do equilíbrio dinâmico e estático - desenvolvimento da coordenação motora global e segmentar
Estruturação Rítmica	<ul style="list-style-type: none"> - estimulação da capacidade rítmica - promoção da coordenação ritmo/ movimento
Social	<ul style="list-style-type: none"> - potenciar a participação na atividade - melhorar a relação interpessoal - promover regras de grupo
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - promover a capacidade de atenção e concentração - desenvolver a memória auditiva e de trabalho - promoção da criatividade - promoção da capacidade expressiva - desenvolver a participação ativa na aula
Dança de Salão	<ul style="list-style-type: none"> - identificar os ritmos de cada estilo de dança - identificar e reproduzir os passos base de cada estilo - conhecer e reproduzir as posições básicas

O caminho da Dança... e os seus estilos

O caminho da dança começa pelos fundamentos teóricos, pelo que de seguida, serão explicados os termos técnicos utilizados na descrição pormenorizada do estilo de dança seguidos de uma referência breve da postura e figuras básicas nas danças de salão latino-americanas.

Na maioria dos livros técnicos de danças de salão, a apresentação de cada uma das danças começa por referir três conceitos fundamentais à sua caracterização: **Time Signature** que define o tipo de compasso respetivo, sendo dado pelo numerador: assim, 2/4 refere-se a um compasso **binário**, 3/4 diz respeito ao compasso **ternário**, e o 4/4 identifica um compasso **quaternário** (Rosado, 1998); o **Tempo** indica-nos a velocidade da música, ou seja, o número de compassos por minuto, sendo um indicador para a velocidade de execução da dança - percebe-se assim, que na dança desportiva, cada estilo de dança apresenta um tempo, e ao mesmo tempo uma forma específica de execução (Rosado, 1998); a **Acentuação** refere qual o tempo do compasso que é acentuado e o qual se deve dar mais ênfase no movimento assinalando o início de execução da dança (Rosado, 1998);

já o **Timing** vem sempre acompanhado por um dado adicional como o **Beat Values** e refere-se à forma ou formas de contagem mais frequentes numa determinada dança, obtendo-se o ritmo básico e duração correspondente (Laird, 1961; Rosado, 1998).

Relativamente à **Postura**, deve existir um alinhamento vertical de todas as partes do corpo (tronco, cabeça, peito, cintura pélvica e membros inferiores) e a partir desta posição vertical seguir para as **figuras básicas/posições básicas**, que definem o início e conclusão da composição da dança (Laird, 1961). Uma vez que neste programa apenas foram utilizados os estilos de dança latinos, as suas figuras básicas associadas foram: *Open Facing Position*, *Closed Position* (Laird, 1961):

- *Open Facing Position*: posição utilizada para o treino dos passos, primeiramente num nível mais inicial antes de passar para a posição comum (*Closed Position*); o par está frente a frente, afastados, mas dentro do alcance dos braços; o ponto de contacto faz-se através das mãos, onde a mão esquerda (E) do Homem (H) segura a mão direita (D) da Senhora (S) e a mão D do H a mão E da S. As palmas do H estão voltadas para cima enquanto as da mulher estão voltadas para baixo;
- *Closed Position* – ou posição fechada, é a mais comum para mover ao longo da pista de dança: o par encontra-se frente a frente (aproximadamente 15cm afastados), cotovelos erguidos à mesma altura num plano inferior e ligeiramente mais avançado que os ombros que deverão estar descontraídos; o peso corporal deve estar distribuído em ambos os pés, os dois dançarinos deverão manter a cabeça à frente do ombro direito do par, com o rosto dirigido para o lado esquerdo. A mão D do H deve estar aberta, com os dedos unidos, nas costas da S e ao nível da base inferior da sua omoplata; a mão E do H deve segurar a mão D da S, à altura da boca/nariz, segurando entre o polegar e o indicador; por fim, a mão E da S deve estar sobre o braço direito do H, perto do ombro.

A caracterização do estilo e a proposta pedagógica de progressão para cada estilo de dança ao nível do Ritmo, Tempo, Movimento e Postura e Posições é apresentada em seguida.

Tabela 18: Caracterização do Estilo de Dança e Proposta Pedagógica de Progressão (Laird, 1961)

Estilo	Caracterização	Time Signature	Tempo	Timing e Beat Values	Progressão pedagógica
	<p>Chá-chá-chá: é necessário conhecer dois termos: “Chá-Chá-Chá Chassés”, que se referem a um conjunto de três passos dados lateralmente (para esquerda ou para a direita), em que os pés se juntam no 2º passo. Os joelhos estão ligeiramente fletidos nos dois primeiros passos e em extensão no último passo (Laird, 1961). Todos os passos iniciam-se com o dedo do pé e depois com a parte mais interior do pé, fazendo pressão no chão. De seguida todo o pé assenta no chão começando pelo calcanhar (Laird, 1961).</p>	4/4, com acentuação no primeiro tempo	28/30 compassos / minutos	<p>2, 3, 4e1, o quarto tempo é dividido em duas partes iguais (1/2+1/2). Durante a dança os primeiros dois passos do Chá-Chá-Chá Chassés coincidem com as duas partes do 1/2. O terceiro passo do Chassé coincide com o primeiro tempo da sequência</p>	<p>1) Alternative Basic Movement ou Time Step; 2) Closed Basic Movement; 3) New York; 4) Underarm Turns to Right e Left; e 5) Spot Turns.</p>
	<p>Rumba: caracterizado pelo movimento da bacia, resultante da transferência completa e controlada de peso de um pé para o outro. Apela à sensualidade e origina expressões corporais que promovem uma demonstração de graça e feminilidade (Rosado, 1998).</p>	4/4, com acentuação no 4º tempo. A dança deve iniciar com um passo no tempo 4	27/29 compassos por minuto	<p>Cada movimento com o pé demora ½ de batida da música. Todos têm o mesmo valor (4e1e2e3e4e1e) e no tempo 1 normalmente não há passo.</p>	<p>1) Rumba Box; 2) New York; e 3) Spot Turns.</p>
	<p>Salsa: apesar de a Salsa não ser considerada uma Dança Desportiva validada para competição, pertence ao grupo das Danças Latino-Americanas pelo que foi considerada para este projeto.</p>	4/4	160/220 compassos por minuto.	<p>Rápido, rápido, lento (1e2,3e4,5e6,7e8)</p>	<p>1) Open Salsa Basic e 2) Cucarachas em Open Facing Position</p>

Estratégias de Intervenção

Como referido anteriormente, o tempo de aula foi dividido por três momentos fundamentais criando uma rotina fundamental e evitando a imprevisibilidade das tarefas. A instrução foi simples e assertiva utilizando feedbacks corretivos e reforço positivo. Existiram momentos, nos quais a instrução teve que ser breve (e.g. indicação dos tempos de música) e outros que a instrução precisou de ser mais lenta e repetitiva com pausas acentuadas (e.g. Volta...chá-chá-chá...Volta). Estes dois tipos de instrução possibilitaram um maior controlo e consciência do movimento por parte dos alunos.

Para além da instrução, foram necessárias a demonstração e a repetição das coreografias passo a passo, sendo que a aprendizagem de um passo novo seguiu a seguinte rotina: 1º o grupo dividia-se por géneros (e.g. participantes do género masculino para um lado, participantes do género feminino para o outro lado da sala), as professoras posicionaram-se cada uma num dos lados, servindo de figura de referência; 2º treino do passo a solo, sem música e ao ritmo da contagem da professora; 3º treino do passo a solo com música; 4º a pares, treino do passo sem música, ao ritmo da contagem da professora; e 4º a pares, treino com música; quando necessário, utilizou-se o acompanhamento individual, através da ajuda física, para apoiar os alunos com mais dificuldades na coordenação e execução da coreografia.

O ritmo, também surgiu como uma estratégia importante para facilitar a aprendizagem e a memorização da coreografia. Dentro das músicas para os estilos de dança, foram escolhidas as que apresentavam uma estrutura rítmica regular e com uma velocidade intermédia. Para além disto, ainda foi utilizado a mesma música para cada estilo, de forma a facilitar o reconhecimento do ritmo associado ao estilo de dança. Por fim, o espaço e os materiais também serviram de pistas físicas importantes, na medida em que contribuíram para direcionar o passo (e.g. abre para o colchão...abre para o espelho), na consciencialização da postura correta e da execução correta do passo (e.g. exercícios de postura e transferência de peso em frente ao espelho) e para perceber e orientar a execução do passo (e.g. construção de um quadrado com bastões no chão para realizar o passo *Rumba Box*).

Apresentação de Resultados

Numa primeira fase e para a análise da evolução (ou não) e das melhorias por parte dos participantes nos diferentes domínios entre os três momentos de avaliação, e na sequência da violação do pressuposto da normalidade da distribuição e com um N inferior a 30, foram assumidas as técnicas não paramétricas (Pallant, 2007).

Na tabela 2, são apresentados os valores da média e desvio-padrão obtidos pelo grupo nos três momentos de avaliação: avaliação baseline (AvB), avaliação final (AvF) e avaliação de retenção (AvR) em cada domínio, bem como os valores obtidos pelo teste não paramétrico Wilcoxon.

Tabela 19: Valores da média e desvio-padrão em cada um dos momentos de avaliação e nos vários domínios obtidos pelos participantes nos três momentos de avaliação

Domínios	AvB X± sd	AvF X± sd	AvB vs. AvF p	AvR X± sd	AvF vs. AvR p
A	0.35±0.99	2.90±1.02	<.001	1.74±1.15	<.001
B	1.50±1.10	3.70±0.57	<.001	2.89±1.29	.02
C	0.05±0.22	6.60±1.14	<.001	5±2.03	<.002
D	4.10±1.21	15.00±3.43	<.001	11.16±4.10	<.001
E	1.80±0.84	5.25±1.16	<.001	3.68±1.89	<.001
F	2.65±1.84	5.80±1.40	<.001	5.53±1.58	.44
G	0.75±0.72	6.10±1.80	<.001	3.74±1.94	<.001

p<.05; Legenda: A=Participação na Atividade; B=Grau de Satisfação; C=Envolvimento Integrapal; D=Capacidades Simbólicas e Cognitivas; E=Capacidade de Coordenação Movimento/Som; F=Capacidade Expressiva; G=Postura Corporal.

De forma geral, é possível constatar o aumento dos valores médios em todos os domínios entre os dois primeiros momentos de avaliação, antes e após a intervenção. Uns meses após a intervenção e com uma nova avaliação, verificou-se um decréscimo nas medidas, exceto no domínio F entre os momentos de avaliação final e avaliação de retenção.

Discussão

Este estudo pretendeu analisar o contributo da intervenção psicomotora pela dança em adultos com DID, assumindo especial pertinência, dada a escassez de estudos e evidências reportadas nesta área. Todos os participantes eram autónomos em tarefas de vida diária, tinham capacidade de linguagem verbal e decidiam sobre as suas rotinas, ou seja, eram os próprios que decidiam se participavam ou não na aula de dança.

Como se pode constatar pelos resultados obtidos verificou-se o aumento nos valores médios, com diferenças estatísticas significativas em todos os domínios avaliados (participação, satisfação, envolvimento intergrupais, capacidades simbólicas e cognitivas, capacidade de coordenação, expressiva e postura corporal) antes e após a implementação da intervenção psicomotora com recurso à Dança. Os resultados positivos encontrados após a implementação do projeto parecem indiciar que o recurso à dança pode ser uma estratégia a considerar na intervenção com adultos com DID em contexto institucional.

Ao nível do domínio *Envolvimento Intergrupais*, registaram-se alterações positivas no contacto visual, interação verbal (a maioria demonstrou mais interesse em relacionar-se com os pares), e respeito pelas regras do grupo. Isto pode dever-se ao trabalho a pares que é fundamentalmente praticado na dança desportiva e que, parece beneficiar as relações interpessoais e o trabalho em grupo (Dinold e Zitomer, 2015; Lebre et al., 2016).

Nos domínios da *Participação na Atividade e Satisfação Pessoal* também se verificaram melhorias, nomeadamente ao nível da iniciativa e liderança de uma atividade e entusiasmo/envolvimento nas tarefas. Estes resultados parecem ir ao encontro da ideia que a dança contribui para a interação social, comunicação verbal (Dinold e Zitomer, 2015), aumentando, a identidade pessoal, autoestima, relação intrapessoal e bem-estar emocional (Barnet-Lopez et al, 2016). Desta forma, foram notórias as alterações positivas na cooperação com o outro (i.e., o par) e durante um período de tempo mais alargado, bem como na participação nas atividades de grupo de forma mais espontânea e entusiástica.

A ideia da melhoria nestas áreas vem reforçar outros estudos no âmbito da intervenção psicomotora com recursos a outras técnicas (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Júnior, Afonso e Santos, 2016). Todos os participantes, ao nível dos *Domínios das Capacidades Simbólicas e Cognitivas, Domínio Capacidade de Coordenação Movimento/Som e Postura*, revelaram melhorias na atenção, coordenação motora e estruturação rítmica, nomeadamente na identificação de ritmos diferentes e utilização do movimento de acordo com o ritmo. Estes resultados eram já expectáveis, dado o contributo da dança em termos motores na promoção do equilíbrio, coordenação, perceção espacial (Gutiérrez-Vilahú, 2014; Inal, 2014), concentração, orientação temporal e habilidades inerentes à dança como a resistência cardiovascular e postura (Dinold e Zitomer, 2015).

Por fim no domínio da *Capacidade Expressiva* verificaram-se melhorias significativas da avaliação *baseline* para a final reforçando-se que o envolvimento da música com o movimento acrescenta um desenvolvimento da performance e pensamento criativo, explorando vários tipos de relações com o espaço e partes do corpo (Fonseca et al., 2014).

Na análise dos resultados obtidos entre a avaliação após a implementação do programa e a avaliação cujo objetivo seria analisar a retenção das competências adquiridas anteriormente, verifica-se a diminuição dos valores médios, e com diferenças estatísticas significativas, em quase todos os domínios, facto já esperado e recorrente noutros estudos nacionais (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Oliveira, 2009; Jardim e Santos, 2016). Mais uma vez, os resultados deste estudo parecem corroborar a necessidade de uma estimulação constante e diária de um conjunto de competências funcionais diárias em adultos com DID, para que as aquisições feitas anteriormente não fiquem esquecidas, com pouco transfer para a vida diária. Apenas no domínio F, relativo à *Capacidade Expressiva*, é que não se observam diferenças, entre os dois últimos momentos de avaliação, verificando-se que este tipo de aquisições perdurou mesmo sem o treino destas competências específicas.

Tal pode ser explicado pelo facto de alguns elementos do grupo, no final do projeto, terem iniciado a participação num campo de dança em conjunto com clientes de outras instituições com o objetivo de apresentar um espetáculo final. Neste campo de dança foram exploradas competências na área da expressão corporal, como exploração do movimento em diferentes planos do espaço, iniciativa e criatividade, aspetos que vão ao encontro dos itens do domínio F.

Por outro lado, os itens específicos aos quatro estilos avaliados como a postura, identificação e reprodução dos passos base sofreram uma diminuição nos seus valores médios entre o momento da AvF e AvR e retenção. Este facto pode ser explicado devido às dificuldades de memorização inerentes a esta população (Danielsson et al., 2012) que dificultam a memorização destas competências quando estas já não são trabalhadas. Estes resultados foram também ao encontro dos estudos relativos à intervenção pelas danças de salão em populações sem DID, nos quais se verificaram benefícios cognitivos (memória) (Stevens-Ratchford, 2016) e motores (coordenação, postura, equilíbrio) (Kiepe et al., 2012).

Conclusão

Este estudo passou por analisar qual o contributo de uma intervenção psicomotora com recurso às danças de salão, na melhoria das competências inerentes a 3 estilos (i.e.: Cha-Cha-Cha, Rumba e Salsa). De acordo com os resultados obtidos, parece que a intervenção utilizando as danças de salão pode ser equacionada como um eventual apoio a prestar, pelas instituições, aos adultos com DID, dado o potencial que a dança no geral acarreta no seu desenvolvimento físico, emocional e social (Krantz, 2016).

O reconhecimento do potencial da dança para as pessoas com necessidades educativas especiais já é reconhecido pelas suas múltiplas formas de atuar, em conjugação com o movimento e a música, proporcionando diferentes formas da pessoa com DID de se relacionar consigo e com o outro, abrindo caminho para a promoção do bem-estar até mesmo para a promoção do talento destes adultos (Silva e Antunes, 2011; Malley, 2014). Por outro lado, o espaço da dança é visto como prazeroso e recreativo promovendo a adesão a atividades planeadas, e fortalecendo as aprendizagens. As danças de salão, pelo trabalho a pares ou por utilizar estilos diferentes podem trazer uma sensação de competência pessoal (Dinold e Zitomer, 2015; Stevens-Ratchford, 2016), promoção das relações interpessoais (Dinold e Zitomer, 2015; Lebre et al., 2016), ao mesmo tempo que promove todas as competências físicas inerentes à dança (coordenação, ritmo, atenção, postura) (Kiepe et al., 2012; Gutiérrez-Vilahú et al., 2016).

Para uma intervenção mais específica e adequada, a avaliação das intervenções, apoios e serviços à pessoa com DID torna-se fulcral no âmbito da profissão de psicomotricista procurando basear a prática em evidências científicas. O conhecimento/formação do técnico na área específica é essencial para desenvolver estratégias adequadas para o alcance dos objetivos definidos. Contudo, será importante investir mais na investigação quer na área da intervenção psicomotora, quer na área da dança (e das danças de salão) com esta população ao nível da intervenção psicomotora.

No que concerne às limitações do estudo, e dada a amostra reduzida que não permite generalizações, recomenda-se a realização de mais estudos desta natureza, com amostras mais representativas e significativas, com instrumentos representativos da população portuguesa ao nível da dança e da dança de salão. Recomenda-se, ainda, que as instituições com programas de dança já estabelecidos, seja com um objetivo recreativo, competitivo ou performativo, promovam a comunicação entre profissionais, a partilha de experiências, estabelecimento de redes locais e nacionais e caminhando para a adoção de práticas baseadas em evidências. O desenvolvimento de programas de dança com a participação social inerente aos mesmos poderá contribuir para a diminuição do estigma social da pessoa com DID, fomentando a sua participação numa atividade socialmente aceite, interagindo com os seus pares com ou sem necessidades educativas especiais.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amoedo, H., Lebre, P. e Monteiro, E. (2012). Dança Inclusiva um termo provisório-(In)capacidades e (in)sucessos na dança: que direito à (in)diferença? In A. Macara, A.P. Batalha, e K. Moriati (Eds) *Atas da Conferência Corpos (Im)perfeitos na Performance Contemporânea* (143-147). Cruz Quebrada: Serviço Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- Amoedo, H., (2004). *Dança Inclusiva em contexto artístico*. Estudos de Dança. Lisboa. 7/8. 203-218.
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.
- Aujila, I., e Redding, E. (2013). Barriers to dance training for young people with disabilities. *British Journal of Special Education*, 40(2), 80-85.
- Aujila, I. e Redding, E. (2014). The identification and development of talented young dancers with disabilities. *Research in Dance Education*, 15(1), 54-70. doi: 10.1080/14647893.2012.721762
- Barnet-Lopez, S., Pérez-Testor, S., Cabedo-Sanromà, J., Oviedo, G., Guerra-Balic., M. (2016). Dance/Movement Therapy and emocional well-being for adults with Intellectual Disabilities. *The Arts in Psychotherapy*. 51. 10-16, doi: 10.1016/j.aip.2016.08.002
- Block, B., Johnson, P. (2013). The Adapted Dance Process. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*. 82 (2). 16-23. doi: 10.1080/07303084.2011.10598577

- Borges, E., Cader, S., Vale, R., Cruz, T., Carvalho, M., Pinto, F., e Dantas, E. (2011). The effect of ballroom dance on balance and functional autonomy among the isolated elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 55. 492-496. doi:10.1016/j.archger.2011.09.004
- Coppenolle, H., J. Simons, Plerioot, R., Probst, M. e Knapen, J. (1989). The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 6. 145-153, doi: 10.1123/apaq.6.2.145
- Danielsson, H., Henry, L., Messer, D. e Rönnberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, (33), 2, 600-607, doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.004
- Dinold, M. e Zitomer, M. (2015). Creating Opportunities for all in inclusive dance. *Palaestra*. 29 (4). 45-50
- Dunphy, K. e Scott, J. (2003). Freedom to Move. *Movement and Dance for People with Intellectual Disabilities*. MacLennan + Petty Pty Limited. Eastgarden NSW.
- Farmer, J. (2007). *Classification of Ballroom Dances*. World Dance Sport Federation (WDSF). Retirado a 12 de dezembro de http://dance.plussed.net/guides/Dance_Classification_Guide_24.pdf
- Federação Portuguesa de Dança Desportiva (FPDD), (2014). *Regulamento Open Down*. Retirado a 12 de dezembro de https://www.fpdd.pt/conteudos/files/FPDD_Regulamento_Competio_Open_Down.pdf
- Fonseca., V. (1989). *Educação Especial – Programa de estimulação Precoce*. Editorial noticiais.
- Fonseca, V. (2003). O Corpo da Cultura: da Evolução corporal à evolução cultural. *A Psicomotricidade*. 1(1): 7-23.
- Fonseca, C., Thurm, B., Vecchi, R., Gama, E. (2014). Ballroom Dance and Body Size Perception. *Perceptual and Motor Skills: Motor Skills and Ergonomics*. 119(2). 495-503, doi: 10.2466/25.PMS.119c26z1.
- FPDD (2016). *Plano de Atividades e Orçamento 2017*. Retirado a 12 de dezembro de https://www.fpdd.pt/conteudos/files/PA__Orçamento_2017.pdf
- Gutiérrez-Vilahú, L., Massó-Ortigosa, N., Costa-Tutussaus, L., Guerra-Balic, M., Rey-Abella, F. (2016). Effects of a Dance Program on Static Balance on a Platform in Young Adults With Down Syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 33 (3). 233-252, doi: 10.1123/APAQ.2015-0048
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Hartman, E. Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54: 468–477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x
- Hove, O. e Havik, O. (2010). Developmental level and other factors associated with symptoms of mental disorders and problem behaviour in adults with intellectual disabilities living in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 45:105–113. doi 10.1007/s00127-009-0046-0.
- Huang, S., Hogg, J., Zandieh, S., Bostwick, S. (2012). A Ballroom dance classroom program promotes moderate to vigorous physical activity in elementary school children. *American Journal of Health Promotion*. 26(3). 160-165. doi: 10.42 ys/ajhp. 090625-QUAN-203
- Inal, S. (2014). Competitive Dance for Individuals with Disabilities. *Palaestra*. 28(1). 32-35
- International Paralympic Comité. (IPC) (2016). About the Sport. IPC World Para Dance Sport. Retirado a 12 de dezembro de <https://www.paralympic.org/dance-sport/about>
- Jardim, N. e Santos, S. (2017). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036.

Júnior, A., Afonsoc, C. e Santos, S. (submetido). A Música na Intervenção Psicomotora com adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Contributo para o Comportamento Adaptativo.

Krantz, A. (2016). Dance/Movement Therapy. *American Fitness Summer2016*. 34(3). 62-63. doi: 20160708

Kiepe, M., Stockigt, B., Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*. 39. 404-411. doi: 10.1016/j.aip.2012.06.001

Laird, W. (1961). *Technique of Latin Dancing*. England: Chapman Graphics.

Lebre, P., Amoedo, H., Monteiro E., Seixas, T. e Falcão A. (2016). *Desporto com sentido Dança*. 1a Edição, Seixal.

Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability. in S. Santos e P. Morato (edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH. 9-18.

Malley, S. (2014). Students with Disabilities and the Core Arts Standarts - Guiding principles for teachers. *The International Organization on Arts and Disability*. Washington: The John F. Kennedy Center for the Performing Arts.

Mangeri, F., Montesi, L., Forlani, G., Dalle, R., e Marchesini, G. (2014). A Standard ballroom and latin dance program to improve fitness and adherence to physical activity in individuals with type 2 diabetes and in obesity. *Diabetology e Metabolic Syndrome*. 6(74). doi: 10.1186/1758-5996-6-74

Matson, J., Dempsey, T. e LoVullo, S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 3, 207-213, doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.006

Oliveira, S. (2009). Efeitos de um programa de intervenção no comportamento adaptativo do adulto com dificuldade intelectual e desenvolvimental. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado).

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual. A Step-by-Step Guide to Data Analysis using SPSS version 15*. England: Open University Press (Quota: Est 119).

Rodrigues, D., (1991). As necessidades educativas especiais e a intervenção. In Faculdade de Motricidade Humana (ed). *Métodos e Estratégias em Educação Especial – antologia de textos*. (41-57) Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Rosado, M. (1998). *As danças Sociais no contexto escolar e não escolar. (Dissertação de Mestrado na área de Performance Artística-Dança apresentada à Faculdade de Motricidade Humana)*, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa

Santos, S. (2010). A Auto-Determinação na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista Cercima* : 9-10

Santos S. e Morato P., (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em Populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 9. 21-31.

Santos, S. e Morato, P. (2012a). Acertando o Passo! Falar de Deficiência Mental é um erro: Deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). Porquê? *Revista Brasileira de Educação Especial*. 18 (1): 3-16.

Santos S. e Morato P. (2012b). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo: Dez Anos Depois*. FMH Edições. Cruz-Quebrada. 101-119

Stevens-Ratchford, R., (2016). Ballroom Dance: Linking Serious Leisure to Successful Aging. *The International Journal of aging and Human Development*. 83(3). 290-308. doi: 0.1177/0091415016652405

- Schalock R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuais y resultados personales. *Revista Espanola sobre Discapacidad Intelectual*. 40(1), 22-39.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Butix, W., Coulter, D., Craig, E., . . . Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification and System Supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual Disability.
- Schalock, R. e Luckasson, R. (2013). What's at Stake in the lives of people with Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 51 (2). 86-93. Doi: 10.1352/1934-9556-51.2.086
- Silva, C. e Antunes, A. P. (2011). *Dança inclusiva e grupo Dançando com a Diferença: percepções de mudança nos bailarinos*. In A. Barca, M. Peralbo, A. Porto, J. Blanco, B. D. Silva e L. S. Almeida (Eds.), *Libro de Actas do XI Congresso Galego-Português de Psicopedagogia*, Corunha, (103-115).
- Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental. *A Psicomotricidade*. 15. 10-15
- World Dance Sport Federation (WDSF) (2016). *Statutes*. 1-19. Retirado a 12 de dezembro de <https://www.worlddancesport.org/Rule/WDSF/Regulations>
- Zíkl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*. 7(2013), nr.10, 3379-3385.

CONCLUSÃO

Este relatório procura espelhar e refletir, sobre os principais fundamentos teóricos relativos ao desenvolvimento e intervenção na população com DID aliado à intervenção psicomotora realizada na CERCICA, nomeadamente no Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora, CerMov durante os 8 meses de estágio curricular. Esta instituição é um exemplo de luta, igualdade e respeito pela pessoa com dificuldades, construindo um caminho de valores e direitos iguais a cada ser humano, pois também elas são dignas das mesmas oportunidades, exercendo a sua plena cidadania e participando, ativamente, na sociedade.

Este grande passo na formação académica, permitiu aplicar todos os construtos até então estudados, transferi-los para a realidade e enquadrá-los num espaço físico, num contexto específico e num caso real, ou seja, numa pessoa com características próprias, com gostos, com necessidades e desejos. De outra forma, não é possível, então, pensar na intervenção psicomotora como aquela que estuda cada caso à luz da sua diversidade e especificidade.

A intervenção na CERCICA é exemplo disto mesmo, desenvolvendo os apoios necessários para a funcionalidade, autonomia e capacitação da pessoa com dificuldades. A abrangência de atividades, contextos e da população atendida, foram, desde o início, peças fundamentais para a construção deste caminho de estudo, conhecimento e experiência formativa. Todos os técnicos, colaboradores, voluntários, corpo social e clientes são parte ativa desta dinâmica, baseando-se numa relação segura, confiante, harmoniosa e de respeito pelo outro e por si. Desde o primeiro contacto, foi possível observar, a responsabilidade e liberdade que semeiam na pessoa com DID, criando espaço para decisões e escolhas autónomas, i.e.: auto representação. Também o clima de bem-estar, familiar, o seu espaço físico, e a sua estrutura espelham os seus valores e missão.

A CerMov, por ser uma resposta empreendedora, rege-se pelos mesmos alicerces e torna-se uma fonte de respostas terapêuticas e recreativas. É neste núcleo que a intervenção psicomotora surge bem representada, abrangendo um diverso leque de situações e necessidades, desde a infância até à população sénior, no âmbito recreativo, terapêutico e educativo em estreita relação com todos os apoios (e.g. CAO, Ateliers, Formação Profissional, e outras terapias). O tipo de apoio prestado considera as reais necessidades e capacidades de cada cliente, regendo-se pela perspetiva que a intervenção deve perceber quais as capacidades adaptativas do individuo para agir e de que forma este apoio desenvolve o seu potencial funcional - uma intervenção segura e completa deve procurar valorizar e reforçar positivamente cada experiência (Caliari, 2004).

Percebe-se, assim, que todos os fundamentos teóricos descritos ao longo da presente exposição escrita são tidos em conta durante a intervenção com pessoas com DID. A família é um ponto fulcral neste processo e em conjunto com os técnicos permite a construção de um plano individualizado, num ambiente de relação terapêutica, com objetivos específicos materializando-se em atividades estruturadas ou semiestruturadas, permitindo a autoexploração, autodescoberta e aprendizagem independente.

Percebe-se que esta instituição e estágio, revelaram-se, desde o primeiro momento uma experiência desafiante, enriquecedora e estimulante, pela diversidade de apoios, pela possibilidade de alargar novos conhecimentos e pela oportunidade de inovar e aprender. O meio aquático revelou-se um contexto rico em matéria para desenvolver e capacitar a pessoa com dificuldade, nos mais variados domínios, sejam eles físicos, efetivos ou sociais, presentes nos planos de cada cliente.

É perceptível a importância dada à intervenção psicomotora, seja no tempo direto de intervenção, preenchido pelos apoios principalmente dirigidos em meio aquático, seja no tempo indireto que proporcionou momentos de observação das dinâmicas interativas e de discussão (e.g.: com colaboradores e clientes), partilha de informação e experiências,

Importa ainda referir, que estes momentos são tão positivos para o estagiário, como para instituição/equipa, uma vez que a inclusão de uma pessoa nova, com ânsia de aprender e inovar pode trazer e renovar ou apenas ajudar na implementação de ideias novas e diferentes. Neste caso, o “Projeto CERCICA c/Ritmo”, é um exemplo do referido anteriormente, pois conseguiu aproveitar as características e capacidades da estagiária e aliar à oportunidade de projeto já aceite pela CMC. Para além disto, veio acrescentar mais uma componente de intervenção e investigação ao estágio e, em termos pessoais desafiou toda a aprendizagem de dança, uma vez que foi necessário adaptar, refletir e aprender sobre ensinar dança, ao mesmo tempo que intervimos com e pela dança.

Na mesma linha de pensamento, a participação no Congresso em conjunto com a equipa de TSEER's da CerMov, também veio renovar e acrescentar esta vontade de aprender mais e melhor. Este foi, realmente, o momento auge da aprendizagem formativa, pois foi ao encontro de três pontos que considero fundamentais para a aprendizagem do estudante para profissional da área: a oportunidade de intervir em grupo, na água refletir/questionar sobre se as competências adquiridas neste meio transparecem para a vida diária das crianças; o sentimento completo de pertença a uma equipa, igualando-me aos técnicos, deixando de ser “a estagiária” e passando a ser mais uma colega de equipa que discute, dá ideias e trabalha em igualdade com os restantes; e por último, a oportunidade de investigar, levar a cabo um estudo, apresentá-lo em comunicação e

partilhá-lo com colegas da área. Sem sombra de dúvida que foram 3 meses ricos, que me fizeram crescer, e ultrapassar os meus limites.

Não obstante, nesta experiência também existiram limitações, dificuldades e obstáculos que foram necessários ultrapassar para atingir as conquistas atrás referidas. Primeiramente, o facto de nunca ter experienciado a intervenção psicomotora nesta população e neste contexto, trouxe receios e, inicialmente, dificuldades em acompanhar todos os apoios e toda informação recebida pela orientadora. De seguida, o número de apoios em tão pouco tempo e seguidos, dificultou o tempo de adaptação necessária e tempo de reflexão para digerir a informação, planeamentos e objetivos. E finalmente, o pouco tempo entre apoios que dificultou o cumprimento de prazos na realização de planos de sessão e respetivos registos de sessão. No entanto, ao longo do tempo, estas dificuldades foram ultrapassadas, e tornaram-se experiência, aprendizagem e desafios que todos os dias eram precisos saltar e seguir para um novo.

Em suma, e em jeito de reflexão pessoal, foram experiências marcantes, de aprendizagem e crescimento constante enquanto pessoa, psicomotricista e estudante. Penso que disfrutei e aproveitei de todas as oportunidades que me foram propostas, dando o melhor de mim a cada caso, a cada situação, a cada conversa e conseqüentemente à “casa”. Vivi, senti e cresci como estagiária, colega de trabalho e como amiga. Tive dias muito bons e dias menos bons, mas em todos eles nunca deixei de acreditar que esta era uma experiência de vida para dar mais de mim, para sair da minha zona de conforto e para descobrir-me enquanto pessoa, e profissional caminhando, em pequenos passos, para os meus objetivos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade – APP. (2012). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Procura a 28 Abril 2016 Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Brochura%20Total.pdf>
- Barca, D., Butoiu, N., Tarta-Arsene, O., Budisteanu, M., Magureanu, S. e Craiu, D., (2014). Keypoints in Investigating the child with global developmental delay and intellectual disability. *Revista Romana de Pediatre*. 53(4). 369-374
- Barkley, R. (1949). *Executive Functions. What they are, How they work, Why they involved*. The Guilford Press. New York, London.
- Berkovits, L. e Baker, B. (2013). Emotion dysregulation and social competence: stability, change and predictive power, *Journal of Intellectual Disability Research*, 58 (8): 765–776, doi: 10.1111/jir.12088

- Borges M., Werneck, M., Silva, M., Gandolfi, L., e Pratesi R., (2011). Therapeutic effects of a horse riding simulator in children with cerebral palsy. *Arquivo Neuropsiquiatria*. 69(5). 799-804. doi: 10.1590/S0004-282X2011000600014
- Boscaini, F. (2004). The specificity of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade*. 3. 50-60
- Brito, A. (2005). *Observação Directa e sistemática do Comportamento*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. USA: Cambridge University Press
- Caliari, E. (2004). Um projeto de prevenção psicomotora nas escolas. *A Psicomotricidade*. 3. 116-117.
- Cadin. (2005). A psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil. *A Psicomotricidade*. 5. 80-83.
- Candeloro, J. e Caromano, F. (2007). Efeito de um programa de Hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (4), 303-309.
- Coleta, N., (2006). Crianças com perturbação do espectro do autismo. A Balneoterapia como processo terapêutico, facilitador da relação mãe-filho. *Psicomotricidade*. 8. 49-66.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2010). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado a 16 de outubro de 2015 de <http://www.cercica.pt/>
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2013). *Regulamento Interno Geral, aprovado em Assembleia Geral de 27 de março de 2013*. Documento não publicado.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2015a). *Plano Anual de Atividades e Orçamento 2015 – Inclusão com foco na sustentabilidade*. Documento não publicado.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2015b). *Manual de Acolhimento, RevB. Aprovado a 30 de julho de 2015*. Documento não publicado.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2015c). *Regulamento Interno do ATL “À Tarde na CERCICA”*. Documento não publicado.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais C.R.L – CERCICA. (2015d). *Normas de Funcionamento – Acordo de Cooperação CERCICA/Câmara Municipal de Cascais*. Documento não publicado.
- Costa, J., (2003). Psicomotricidade Relacional. *Psicomotricidade*. 1(1). 42-46
- Corrêa, C. e Massaud, M. (2007). *Natação: da iniciação ao treinamento*. 3 ed. Rio de Janeiro: Sprint
- Decreto-Lei n.º 3/2008. *Diário da República*. 1ª série – Nº 4 – 7 de janeiro de 2008. 154 – 163.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. *Diário da República*, 1ª série – Nº 193 – 6 de outubro de 2009. 7298 – 7299.
- Dornelas, L. e Magalhães, L. (2015). Desempenho funcional de escolares que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor até os dois anos. 34 (1): 78–85, *Revista Paulista de Pediatria* doi: 10.1016/j.rpped.2015.05.004.

- Ellison, J., Rosenfeld, J. e Shaffer, L. (2013). Genetic basis of intellectual disability. *Annual Review of Medicine*, 64, 441–50. doi: 10.1146/annurev-med-042711-140053.
- Faria, L. e Costa, N., (2001). Contributos da Equitação Adaptada para a promoção do auto-conceito em portadores de paralisia cerebral. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 8(1). 61-69.
- Fenacerci. (2013). *Fenacerci – Movimento CERCI*. Retirado a 17 de outubro de 2015 de www.fenacerci.pt
- Ferreira J., (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Dossier – Perturbações do Desenvolvimento, Revista Portuguesa Clínica Geral*. 20. 703-712
- Fonseca., V. (1989). *Educação Especial – Programa de estimulação Precoce*. Editorial noticiais.
- Fonseca, V., (1985). *Temas de Psicomotricidade - Observação Psicomotora*. Educação Especial e Reabilitação. Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação - ISEF
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 3/4. 125-140.
- Fonseca, V. (2003). O Corpo da Cultura: da Evolução corporal à evolução cultural. *A Psicomotricidade*. 1(1): 7-23.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. Terceira edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Flores, A. (2015). *Entrevista sobre a organização da CERCICA – CerMOV*. 27 de outubro
- Frith, U. (1989). Autism and "Theory of Mind". In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism*. (33-52). New York: Plenum Press.
- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. e Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function - Professional Manual*. USA: Psychological Assessment Resources, Inc..
- Gorla, J., Rodrigues, J. e Pereira, V. (2001). Coordenação Motora de Pessoas com Deficiência Mental: Avaliação e Intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 8(2). 69-82.
- Gresswell, A. e Meas, J., (2010). *The Halliwick Concept for clients with cerebral palsy or similar conditions*. BABTT Newsletter Issue. 62. Retirado de <https://halliwick.files.wordpress.com/2011/11/halliwick-concept-cerebral-palsy-babtt-newsletter-62.pdf> em outubro de 2015
- Halliwell, R. (2003). Supporting pupils with autistic spectrum disorders. *Educational Needs*.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(3), 416-426. doi: 10.1111/j.1939-0025.1949.tb05441.x.
- Kornusky, J. (2015). WAGR Syndrome. *Cinahl Information Systems*. 21 de Agosto Retirado de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2esid=5ea48f61-7f1e-4de6-8c86-ad7ee22ed383%40sessionmgr4002ehid=4105> Acedido a 15 de Dezembro de 2015.
- Lagrange, G. (1977). *Manual de Psicomotricidade - Técnicas de Educação*. Lisboa: Editorial Estampa, Lda
- Lambert, N., Nihira, K., e Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale. School examiner's manual* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed
- Leitão, L. (2004). Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e Autismo. *Análise Psicológica*. 2(22). 335-334.

- Leitão, L. (2008). Sobre a equitação terapêutica. Uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*. 1(26). 81-100.
- Lima, C. (2012). As Perturbações do espectro do Autismo – Diagnóstico. In C. Lima (Coord.), *Perturbações do espectro do Autismo – Manual Prático de Intervenção* (2ª Edição Revista) (1-12). Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability. in S. Santos e P. Morato (eds). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH. 9-18.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Matson, J. e Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107–1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003
- McDonald, L. E Rennie, A. (2011). Investigating developmental delay/impairment. *Paediatrics and Child Health*, 21(10): 443 – 447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2011.02.008>
- McKay, R. e McKay, K., (2005). *Aprender a nadar*. Porto: Dorling Kindersley – Civilização, Editores, Lda.
- Maria, I., Sousa, H., Neto, I., Freitas, D., Teixeira, S., Gonçalves, I., Lebre, P. (2012). *Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental*. UTL: FMH. Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa.
- Martins, R. (2010). Prefácio. In A. R. Matias (Ed.), *Psicomotricidade no meio aquático - na primeira infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*. 5. 68-76.
- Matias, A., (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matias, A., Vieira, C. e Giro, S. (2001). Ficha de Avaliação Do Comportamento do Meio Aquático (documento não publicado).
- Miranda, A., (2000). Hipoterapia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 7(2). 113-121
- Minshew, N., Sweeney, J., Bauman, M., e Webb, S., (2005). Neurochemical Studies of Autism. In Volmar, F., Paul, R., Klin, A., e Cohen, D., (eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3ª ed., Vol. 1 (473-474). New Jersey: John Wiley e Sons, Inc.
- National Human Genome Research Institute [NHGRI] (2014). *Learning About WAGR* Retirado a 20 Outubro 2015 de <https://www.genome.gov/26023527/learning-about-wagr-syndrome/learning-about-wagr-syndrome/>
- Oliveira R., Roddrigues F, Venâncio M., Saraiva J. e Fernandes B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor. *Saúde Infantil*. 34(3). 5-10
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da criança. *Psicomotricidade*. 1(1). 37- 41
- OMS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.
- Petersen, M., Kube, D. e Palmer, F. (1998). Classification of Developmental Delays. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1): 2-14.
- Pessoa, P., Yázigi F., Gama, R., (2016). Desporto com Sentido. In APCAS – Associação de Paralisia Cerebral de Almada-Seixal, Setubal.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor evaluation. *A Psicomotricidade*. 3. 45-49.

Reis, S., (2008). Efeitos da Intervenção Psicomotora em contexto de sala e em meio aquático na criança com atraso no desenvolvimento psicomotor. *A Psicomotricidade*. 11. 67-77.

Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais – RIRACP. (2016). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado

Rodrigues, D., (1991). As necessidades educativas especiais e a intervenção. In Faculdade de Motricidade Humana (ed). *Métodos e Estratégias em Educação Especial – antologia de textos*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.41-57

Rodrigues, J. (2015). *Entrevista sobre os projetos da CERCICA – CerMOV*. 27 de outubro de 2015

Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muhnoz-Lasa, S. e Alguacil-Diego, I. (2015). Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia*, 30: 425-432.

Santos S., (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na Atualidade. Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial: Dossie Temático. *Revista Educação Inclusiva*. 1 (2). 1-16.

Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059.

Santos, S. e Faria, I., (2007). Equitação Especial no seio da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*. 9. 41-45

Santos, S. e Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa – fichas de registo (documento não publicado)

Santos S. e Morato P., (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em Populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 9. 21-31.

Santos, S. e Morato, P. (2012). Acertando o Passo! Falar de Deficiência Mental é um erro: Deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Porquê? *Revista Brasileira de Educação Especial*. 18 (1): 3-16.

Santos S. e Morato P. (2012b). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *Comportamento Adaptativo: Dez Anos Depois* (101-119). Fmh Edições. Cruz-Quebrada.

Santos, S., Morato, P. e Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5), 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379

Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D., Majnemer, A., Noetzel, M. e Sheth, R. D. (2003). Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the quality standards subcommittee of the child neurology society. *Journal of Neurology*. 60. 367-380.

Schalock R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Espanola sobre Discapacidad Intelectual*. 40(1), 22-39.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Butix, W., Coulter, D., Craig, E., . . . Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification and System Supports*. Washington, DC: AAIDD.

Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Bradley, V., Buntix, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., e Wehmeyer, M. L. (2012). *User's guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11a ed.). Washington, D.C.: AAIDD

- Schallock, R. e Luckasson, R. (2013). What's at Stake in the lives of people with Intellectual Disability? Part I: The Power of Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 51 (2). 86-93. Doi: 10.1352/1934-9556-51.2.086
- Shanmugan, S., e Satterthwaite, T., (2016). Neural markers of the development of executive function: relevance for education. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 10. 7-13. doi: 10.1016/j.cobeha.2016.04.007
- Silva E. e Albuquerque C., (2011). Atraso do Desenvolvimento: A imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 12 (1). 19-39
- Srour, M., Mazer, B. e Shevell, M. (2006) Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118: 139 – 145, doi: 0.1542/peds.2005-2702
- Tarini, B., Zikmund-Fisher, B., Saal, H., Edmondson, L. e Uhlmann, W. (2015). Primary Care Providers' Initial Evaluation of Children with Global Developmental Delay: A Clinical Vignette Study. *Journal of Pediatrics*, 167(6): 1404-1408. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.08.065.
- Thompson, J., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., ... Wehmeyer, M. L. (2004). *Supports intensity scale – user manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schallock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., (2009). *Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability*. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Thomaidis L., Zantopoulos, G., Fouzas, S., Mantagou, L., Bakoula, C., e Konstantopoulos, A., (2014). Predictors of severity and outcome of global developmental delay without definitive etiologic yield: a prospective observational study. *BMC Pediatrics*. 40(14). 1-7. doi:10.1186/1471-2431-14-40.
- Tezcan, B. Rich, P., Bhide, A. (2015). *Case Report: Prenatal Diagnosis of WAGR Syndrome*. Hindawi Publishing Corporation: Case Reports in Obstetrics and Gynecology. P. 1-4 ID: 928585.
- Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvidor. *A Psicomotricidade*. 15. 10-15
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção terapêutica em meio aquático para populações especiais*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação.
- Viegas, P., (2003). Snoezelen. *Psicomotricidade*. 1(1). 61-70
- Vital, P., (2013). Perturbação do Espectro do Autismo na Infância e Adolescência. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 4(20). 29-40
- Volkmar, F., Chawarska, K., Klin, A. (2005). Autism in infancy and early childhood. *Annual Review of Psychology*, 56:315-36: doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070159
- Volkmar, F., Paul, R., Klin, A. e Cohen, D. (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. 3rd Edition, Jon Wileys e Sons, Inc
- WHO. (2007). *Intellectual disability – A manual for CBR workers*. New Delhi: World Health Organisation.
- Wintrebert, H., (1985). Temas de Psicomotricidade - Observação Psicomotora. *Educação Especial e Reabilitação*. Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação - ISEF
- Wong, V. e Chung, B. (2011). Value of clinical assessment in the diagnostic evaluation of Global Developmental Delay (GDD) using a Likelihood Ratio Model. *Brain e Development*, 33: 548-557, doi: 10.1016/j.braindev.2010.09.009

Woolf, S., Woolf, C. M. e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual And Developmental Disabilities*. 48(3): 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209

ANEXOS

Anexo A - Declaração de consentimento livre e informado

Caros Encarregados de Educação ou Tutores,

Eu, Beatriz Tanora Gonçalves, aluna do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, no âmbito do meu estágio curricular no Ramo de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais – Avaliação e Intervenção Psicomotora, venho por este meio, pedir a vossa permissão na colaboração do seu educando nas Atividades de Estudo de Caso, a decorrer entre os meses de janeiro e maio de 2016.

As atividades de Estudo de Caso visam uma melhor compreensão do desenvolvimento psicomotor dos indivíduos com Intervenção Psicomotora na CERCICA (Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora – CerMov) pelo que o presente pedido, destina-se à obtenção de dados concretos do seu educando procedendo à sua avaliação e intervenção psicomotora, no sentido da promoção da capacidade adaptativa, funcional e, consequentemente, da qualidade de vida. Pretende-se seguir os procedimentos seguintes:

1. Questionário de Caracterização do Educando – descrição detalhada da história de vida do sujeito até ao momento, recolhendo informações pessoais relevantes para elaboração de um plano de intervenção específico ao educando;
2. Utilizar instrumentos de avaliação específicos:
 - Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático com o objetivo de avaliar as capacidades e dificuldades dos sujeitos em meio aquático, permitindo estabelecer um plano de intervenção mais adequado tendo em conta os fatores psicomotores;
 - Escala do Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP), para avaliar a independência pessoal e comunitária do indivíduo. O preenchimento deve ser realizado com a colaboração do técnico.
 - Consultar documentos/informação presentes no processo do aluno, na CERCICA e contactar com Professores e/ou Técnicos;
3. Traçar um Plano de Intervenção Psicomotora com base nas informações recolhidas e concretizar a sua implementação, em contexto institucional, durante o horário do atual apoio em Hidroterapia.

Informa-se que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos, assim como os registos de imagem realizados durante as sessões, serão asseguradas pelo anonimato da identificação do educando e utilizados apenas para fins académicos (no Relatório Final de Estágio Curricular de Mestrado em Reabilitação Psicomotora). A participação do seu educando(a) no estudo é completamente voluntária. Não há quaisquer penalizações se não desejar que o seu educando(a) participe no estudo e ele(a) pode sair em qualquer altura durante o mesmo, assim como recusar a sua realização.

No final da prática de Estágio Curricular será facultado à família um exemplar do estudo realizado.

Os Responsáveis do Estudo

Beatriz Tanora Gonçalves (aluna)

Professora Doutora Sofia Santos – Orientadora Institucional

Dra. Joana Rodrigues – Orientadora Local

(por favor preencha os espaços abaixo e assine colocando a data)

Eu, _____, **encarregado(a) de educação**
de _____, declaro ter tido conhecimento de todos os procedimentos e dou o meu
consentimento para que o meu educando (a) participe no estudo acima mencionado, proposto e
implementado pela estagiária de Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

Assinatura do Responsável

Data: __/_____/2016

Anexo B - Sessão-Tipo (Estudo de Caso III)

Nome da Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Materiais	Estratégias	Tempo
Rotina Inicial	Todas as crianças devem caminhar até ao banco oposto à entrada da piscina, descalçar e arrumar os chinelos e entrar na piscina pelas escadas. Aguardar sempre pela indicação verbal de um dos técnicos.	Cumprimento regras; Tempo de espera; Regras de segurança;	-	Reforço Verbal, Repetição, Linguagem Assertiva	5 min
Ativação Geral	<p>Numa extremidade da piscina estão algarismos com somas e uma argola vazia exatamente no final da soma. As crianças devem ir à extremidade oposta buscar o número de bolas correspondente ao total e colocar dentro da argola. Caso efetuem a soma corretamente recebem uma bola verde. A atividade é realizada em grupos de dois, sempre de mão dada, com deslocamentos livres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminhar com os ombros fora de água; • Saltos em apoio unipodal com o pé direito e depois esquerdo; • Caminhar com expirações bucais; • Saltos a pés juntos; • Deslocamentos em DV com propulsão dos MI (apoio de um rolo e ajuda física do colega); • Deslocamentos em DD com propulsão dos MI (apoio de um rolo e ajuda física do colega); • Deslocamentos com imersão total do corpo. 	Desenvolver a lateralidade; Desenvolver a coordenação; motora global; Desenvolver a noção corporal; Relação intrapessoal e interpessoal; Desenvolver o equilíbrio dinâmico; Desenvolver o controlo respiratório; Promover a memória de trabalho e as competências numéricas; Cumprimento de regras; Tolerância à frustração.	Colchões Números Flutuadores (rolos)	Reforço Verbal, Demonstração, Ajuda física, Repetição, Linguagem Assertiva	25 min
Brincadeira Livre	A equipa que tiver mais bolas verdes na atividade anterior escolhe um material e brincar livremente pela piscina.	Promover a criatividade e a sensação de bem-estar; Promover a relação interpessoal e intrapessoal adequada. Exploração de material	Um material da piscina à escolha	Reforço verbal, Linguagem Assertiva	10 minutos
Rotina de Saída	Sair da piscina pelas escadas, sentar no banco e calçar os chinelos e caminhar até ao balneário. Aguardar sempre pela indicação verbal de um dos técnicos.	Cumprimento regras Tempo de espera Regras de segurança	-	Reforço verbal, Repetição, Linguagem Assertiva	5 minutos

